Nr. 1 R. 1939. STYCZEŃ — LUTY ROK XXXIV

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ, SPRAWOM ZAWODOWYM, DENTYSTYCE SPOŁECZNEJ, USTAWODAWSTWU I ADMINISTRACJI SANITARNEJ.

Redaktor i wydawca: Lekarz-dentysta **Maurycy Krakowski.**

Należność pobierana jest za każdy zeszyt po jego ukazaniu się.

Cena zeszytu zł. 3, zagranicą zł. 3.50, dla studentów i kolegów niezamożnych zł. 2.

Prawne miejsce dochodzenia należności Warszawa.

Konto P. K. O. Nr. 11.361.

WARSZAWA

Redakcja i administracja: **Rymarska Nr. 8. Tel. 11-70-26.**

Opłata pocztowa uiszczona gotówką.

Nr. 1 R. 1939. STYCZEŃ — LUTY ROK XXXIV

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ, SPRAWOM ZAWODOWYM, DENTYSTYCE SPOŁECZNEJ, USTAWODAWSTWU I ADMINISTRACJI SANITARNEJ ORAZ WSZELKIM ZAGADNIENIOM, OBCHODZĄCYM ŚWIAT LEK.-DENTYSTYCZNY.

1898 — 1938.

Z końcem ub. 1938 r. upłynęło **LAT CZTERDZIEŚCI** od chwili powstania polskiego piśmiennictwa lekarsko-dentystycznego i wydania w Warszawie pierwszego polskiego organu zawodowego p. t.

„PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY"

przez założyciela, wydawcę i redaktora

DR. BOLESŁAWA DZIERŻAWSKIEGO.

Obecnie w odmiennych warunkach w Odrodzonej Polsce fakt ten doniosły podajemy do wiadomości ogółu.

Każde pokolenie przedstawicieli naszego zawodu należycie oceni zasługi obywatela i patrioty, który w ciężkich warunkach politycznych, w okresie ostrych prześladowań słowa polskiego, zrealizował myśl utworzenia nowej polskiej placówki kulturalnej.

Śmierć nieubłagana przedwcześnie w kwiecie wieku zabrała go Nauce Polskiej.

Cześć Jego Świetlanej Pamięci.



REDAKCJA.





Twórca polskiego piśmiennictwa dentystycznego, założyciel, wydawca, redaktor pierwszego polskiego organu zawodowego, organizator placówki kulturalno-społecznej na trzy b. zabory, ś. p. dr. Bolesław Dzierżawski, urodził się w grudniu 1860 r. w Mikulicach Powiatu Łęczyckiego, Ziemi Kaliskiej. Nauki początkowo pobierał w domu rodziców. W r. 1870 wstąpił do progimnazjum fiologicznego w Łęczycy, które ukończył w r. 1875. Na dalsze nauki przeniósł się do gimnazjum kaliskiego i ukończył je w r. 1880. W tymże roku wstąpił do uniwersytetu warszawskiego na wydział lekarski, który ukończył w r. 1886.

Po ukończeniu uniwersytetu ś. p. Dzierżawski uczęszczał jako asystent na oddział chirurgiczny dra Jawdyńskiego przy Szpitalu Dz. Jezus. Zawsze brał czynny udział w najpoważniejszych operacjach. Jako młody chirurg, dr. Dzierżawski zawsze odznaczał się okiem spostrzegawczym, odwagą i znajomością rzeczy. Podczas asystentury na oddziale chirurgicznym pełnił czasowo obowiązki lekarza miejscowego i zarządzającego Instytutu Szczepienia Ospy przy Szpitalu Dz. Jezus. Przez dwa lata był asystentem na klinice chirurgicznej Szpitala Ewangelickiego przy dr. Stankiewiczu. W r. 1891 ś. p. Dzierżawski złożył przy uniwersytecie warszawskim specjalny egzamin na lekarza powiatowego. Podczas epidemii cholery w latach 1893—1894 zarządzał Szpitalem dla chorych cholerycznych na Kolei Warszawsko-Wiedeńskiej w Ząbkowicach i Koluszkach, a następnie Szpitalem Fortecznym w Zegrzu. Przez lat kilka pracował w laboratorium patologii ogólnej przy uniwersytecie pod kierunkiem prof. Łukjanowa, zwłaszcza nad tematem powietrznej embolii żylnej. Po wyjeździe prof. Łukjanowa z Warszawy, ś. p. Dzierżawski pracował w laboratorium anatomii patologicznej prof. Przewoskiego. Poświęciwszy się przez szereg lat przeważnie chirurgii, red. Dzierżawski upodobał sobie dentystykę, którą zaczął się zajmować w r. 1890. Studia dentystyczne ś. p. Dzierżawski rozpoczął od zwiedzania zagranicznych klinik dentystycznych, brał niejednokrotnie żywy udział w zjazdach dentystycznych. W r. 1898 zorganizował Sekcję Dentystyczną dla IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu ,który wówczas nie doszedł do skutku, a odbył się w Krakowie 21—25 lipca 1900 r. Sprawa zorganizowania tej sekcji miała w ś. p. Dzierżawskim tak gorącego zwolennika, że kilka miesięcy przed Zjazdem umyślnie pojechał do Krakowa i tam przy czynnym udziale doc. Łepkowskiego i poparciu prof. Cybulskiego starał się o jej urzeczywistnienie. Na Zjeździe tym ś. p. Dzierżawski obrany został na prezesa Sekcji Denty-

stycznej. Na wniosek ś. p. Dz. Sekcja wybrała komisję, w celu wydania zbiorowymi siłami polskiego podręcznika, który objąłby wszystkie działy dentystyki, i dla jednoczesnego ustalenia polskiej terminologii dentystycznej. Na tymże Zjeździe red. Dzierżawski wygłosił referat w sprawie leczenia miazgi zębowej.

W r. 1892 ś. p. Dzierżawski objął wykłady wszystkich przedmiotów w zakresie dentystyki i chorób jamy ustnej i przez lat kilka zajmował stanowisko lektora i zarządzającego kliniką przy I Szkole Lekarsko-dentystycznej. W r. 1897 zaproszony został na lektora tychże przedmiotów oraz zarządzającego kliniką do nowootworzonej Szkoły Lek.-dentystycznej Ludwika Szymańskiego. Wykłady swoje ś. p. Dzierżawski wydał w postaci podręcznika (Kursu dentiatrii), składającego się z kilku części (operacyjnej i protetycznej dentystyki, patologii, terapii chorób zębów i jamy ustnej oraz wyjmowania zębów).

W r. 1898 red. Dzierżawski pierwszy powziął i urzeczywistnił myśl wydawania *pierwszego polskiego organu dentystycznego p. t. Przegląd Dentystyczny,* potrzebę którego doskonale odczuwał.

Ś. p. Dzierżawski był długoletnim członkiem T-wa Lekarskiego i jednym z członków-założycieli Warszawskiego Towarzystwa Odontologicznego.

Nurtująca choroba nerek i serca zmusiła Go do ograniczenia zajęć praktycznych, redaktorskich oraz pedagogicznych. W marcu r. 1906 zapadł na paraliż połowiczny. Choroba coraz wzmagała się, przy czym rozwinęła się w wysokim stopniu neurastenia. Z polecenia lekarzy dla poratowania zdrowia wyjechał do San-Remo i tam życie zakończył. Zwłoki sprowadzone zostały do Dobry w Pow. Łęczyckim i tamże pochowane zostały w grobach rodzinnych dnia 16 marca r. 1907.

Ś. p. Dzierżawski ogłosił drukiem następujące prace: 1) O t. z. periostitis albuminosa. *Kron. Lek.* 1891. 2) O t.zw. palcu przytykającym (Digitus recellens), *Kron. Lek.* 9. 1892. 3) O gruczołach chłonnych na policzku, a także słów kilka o zapaleniu gruczołów chłonnych wskutek chorób zębów w ogóle. *Kron. Lek.* 10. 1895. 4) Przypadek przykurczenia mięśnia skrzydlastego zewnętrznego na skutek choroby zębów. *Kron.* Lek. 5. 1896. 5) Eukaina — nowy środek miejscowo-znieczulający i zastosowanie jego w dentystyce. *Medycyna* 51, 52. 1896. 6) Cholera — jej poprzednie epidemie i leczenie. Warszawa 1893. Praca ta zestawioną została wspólnie z drami Hewelke, Janowskim i Zawadzkim. *Kron. Lek.* 1892. 7) Czy płyn wstrzyknięty w dziąsło może przeniknąć w kość. *Kron. Lek.* 1897. 8) Przyczynek do anatomii jamy ustnej: frenula labiorum lateralia. *Gazeta Lekarska.* Toż samo po niemiecku: Ein Beitrag zur Anatomie der Mundhöhle: Frenula lab. lateralia. Virchow's Archiv. 9) O znieczuleniu przy wyjmowaniu zębów za pomocą wstrzykiwań śróddziąsłowych. *Przegl. Dent.* 1. 1898. 10) Nowy cement

przeciwgnilny. *Przegl. Dent.* 1898. 3. 11) Amalgamat Lippolda i amalg. Globe *Ibid.* 1898. 12) O przyczynach usposabiających do próchnicy zębów oraz kilka słów o zapobieganiu próchnicy. *Ibid.* 1897. 8, 9. 13) O leczeniu chorób miazgi. *Ibid.* 1900. 14) Leczenie zgorzeli miazgi. *Ibid.* 10, 11. 1901. 15) Zapalenie dziąseł i ich leczenie. *Ibid.* 1902. 16) Ropotok zębodołowy. *Ibid.* 1902. 17) O pierwotnej zgorzeli miazgi. 8. 1902. 18) Przypadek rezorbcji twardych tkanek na koronie wyrzniętego zęba. *Ibid.* 1904. 5. 19) Plomby i zęby szyftowe z porcelany. *Ibid.* 10. 1904. 20) Sztuczna emalia Aschera. *Ibid.* 10. 1904. 21) Perhydrol. *Ibid.* 1904. 22) Złoto aksamitne. *Ibid.* 1905. 5. 23) O zastosowaniu paranefryny w dentystyce. 7. 8. 1905. 24) Kurs dentiatrii podług wykładów w szkole lekarsko-dentystycznej.

Ś. p. Dzierżawski znany był jako pedagog, pracownik naukowy i doświadczony praktyk. Swoją działalnością pedagogiczną przy tutejszych szkołach lek.-dentystycznych ś. p. Dz. jako lektor dał dowód gorliwości i sumienności. Pomimo trudności, jakich dostarczały warunki ówczesne, pomimo że wykłady wymagały nieustających studiów oraz wykonywania wielu badań naukowych, ś. p. Dzierżawski umiejętnie wywiązywał się ze swego trudnego zadania pod względem systematyczności. Wykładany przedmiot traktował obszernie, wypowiadając zarazem i swoje poglądy w danej kwestii. Dzięki przystępności wykładów pod względem treści i zewnętrznej formy, ostatnie nosiły cechy szczególnej staranności.

Ś. p. Dzierżawski śledził ruchy wiedzy dentystycznej na Zochodzie. Zawsze znajdowano jej odbitki w jego wykładach, rokrocznie pod względem treści znacznym ulegały zmianom. Był On w całym znaczeniu tego wyrazu pedagogiem. Ciekawością wykładu umiał sobie zjednać słuchaczy; wszyscy wprawdzie widzieli w Nim surowego kierownika, lecz pewną konsekwencją zawsze naprawiać umiał każde uchybienie. Zachęcał zawsze do pracy, do porządku, a szczególnie do wytrwałości, zapewniając, że sam wszystkiego nauczył się dopiero w praktyce; wpajał głęboko przekonanie o potrebie ładu w naszej trudnej specjalności. Z niewyczerpaną cierpliwością udzielał swych rad i wskazówek. Wśród żądnych wiedzy stało się zwyczajem zwracania się do kompetentnego i przystępnego kierownika z prośbami o wyjaśnienia we wszystkich zawiłych sprawach.

Działalność na polu piśmiennictwa dentystycznego obejmuje szereg prac treści kazuistycznej, treści ogólniejszej i dzieła natury pedagogicznej. Jako kierownik „Przeglądu Dentystycznego", stale zasilał go streszczeniami prac specjalnych, zamieszczonych w różnych czasopismach zagranicznych. Sam starał się wybierać wartościowe prace dentystyczne, spotykane w piśmiennictwie francuskim i niemieckim. Wobec małej liczby współpracowników musiał pełnić dość uciążliwą pracę; był więc nie tylko redaktorem, lecz jednocześnie bardzo czynnym współpracownikiem. Streszczenia zawsze odznaczały się ścisłością i zwięzłością. Do dosyć obszerszej

liczby wydrukowanych prac dodać należy liczne pokazy i odczyty Dzierżawskiego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim; bez wątpienia nadałyby się one do zestawienia niejednej pracy naukowej. Zmarły przyczynił się do wyjaśnienia niektórych zagadnień treści ściślejszej z dziedziny anatomii jamy ustnej (frenula labiorum lateralia) oraz histologii zębów (rezorbcja twardej tkanki wyrzniętych zębów). Choroba nie pozwoliła Mu jednak na doprowadzenie tych badań do końca.

Nadmienić należy, że ś. p. Dzierżawski był *znanym* lekarzem u nas, który wówczas wiele poświęcił pracy naukowej w dziedzinie dentystyki i traktował ją poważnie. Fakt ten jest jednym więcej, który stawia red. Dzierżawskiego w rzędzie powag naukowych, który też słynął jako doświadczony i poważny praktyk i był powszechnie uważany.



Ś. p. Dr. BOLESŁAW DZIERŻAWSKI
Ur. 1860 — zm. 1907

Twórca polskiego piśmiennictwa lekarsko-dentystycznego, założyciel, wydawca i redaktor pierwszego organu zawodowego w Warszawie w r. 1898 p.t. „Przegląd Dentystyczny (r. 1898—1905).

SŁOWO WSTĘPNE DO ZESZ. 1 ZA STYCZEŃ R. 1898

Zeszyt 1. Styczeń r. 1898.

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY.

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY DENTYSTYCE
I CHOROBOM JAMY USTNEJ

OD REDAKCJI.

„Dowodzić potrzeby specjalnego czasopisma lek.-dentystycznego u nas — znaczy to samo co wybijać drzwi otwarte — potrzeba i pożytek takiego czasopisma są oczywiste. Jeżeli do chwili obecnej polscy dentyści czasopisma swego nie mieli, to brak ten objaśnić daje się tylko dwoma względami: po pierwsze obawą o dostateczne co do ilości i jakości współpracownictwo, po drugie: obawa, że nakład takiego pisma się nie wróci. Jesteśmy przekonani, że rozpoczynając w obecnej chwili wydawanie „Przeglądu Dentystycznego“, uchwyciliśmy moment, w którym oba wyżej wymienione względy istnieć już przestały. Naród polski posiada w obecnej chwili takich specjalistów i taką ich liczbę, która pismo utrzymać może zarówno materialnie przedpłatą, jak i moralnie współpracownictwem.

O ostatnim zdają się świadczyć artykuły polskich lek.-dentystów, bądź w pismach zagranicznych, bądź w polskich ogólno-lekarskich ogłaszane.

Nie ulega wątpliwości, że z chwilą powstania specjalnego polskiego czasopisma dentystycznego ilość takich artykułów bez porównania się zwiększy, gdyż liczne kwestie, lek.-dentystów obchodzące, jako zbyt specjalne, z natury rzeczy w pismach lekarskich poruszane być nie mogą; z drugiej strony możność wysłowienia się w języku własnym wielu z naszych specjalistów do zabrania głosu zachęci. Że nadzieje nasze, powyżej wygłoszone, nie są wcale płonne, dowodzą nam zarówno liczne głosy uznania, jakie otrzymaliśmy z chwilą, gdy inicjatywa nasza w kierunku wydawania „Przeglądu Dentystycznego“, ogłoszona została, jak również obficie zaopatrzona już teka redakcyjna.

Jako uzupełnienie i wyjaśnienie tego programu dodamy tutaj, że zamierzamy równą poświęcać uwagę tak lekarskiej jak i technicznej części naszego zawodu. Zwracamy też uwagę na ten punkt naszego programu, który obejmuje artykuły z medycyny i nauk przyrodniczych w zastoso-

waniu do dentystyki. Artykułami tej treści będziemy się starali utrzymać naszych czytelników na odpowiednim poziomie w tych właśnie naukach, które są podstawą zarówno każdej specjalności lekarskiej, jak i sztuki technicznej.

Co do chorób jamy ustnej, to będziemy je traktować wyczerpująco tylko o tyle, o ile one, wiążąc się bezpośrednio z chorobami zębów, wchodzą w zakres działania i kompetencji lek.-dentysty. Jednak i takie choroby jamy ustnej, których leczenie nie podlega kompetencji lek.-dentysty, (nowotwory, syfilis jamy ustnej i t. p.), będą w odpowiedniej mierze uwzględniane.

Organizując Redakcję naszego „Przeglądu", staraliśmy się zgrupować w niej, nie pomijając nikogo, wszystkich tych specjalistów, którzy do chwili obecnej już publicznie głos w sprawach dentystyki zabierali. Nie myślimy jednak, aby ilość naszych współpracowników na tej liczbie ograniczyć się miała. Niniejszym prosimy wszystkich naszych czytelników, aby spostrzeżenia swojei uwagi bądź co do rzadkich przypadków, spotykanych w praktyce, bądź co do ulepszeń, jakie w leczeniu lub sporządzaniu zębów sztucznych zaprowadzili, bądź co do innych kwestii w zakresie programu, łaskawie nam komunikować raczyli. Otwierając nad takimi przedmiotami dyskusję na łamach naszego pisma, mamy nadzieję połączyć wszystkich naszych lek.-dentystów w jedno naukowe towarzystwo, kroczące wciąż na drodze postępu drogą wzajemnego pouczania się.

Nie będzie więc nasz „Przegląd" wielkim co do ilości papieru; wobec tego jednak, że z zasady będziemy unikać przedruków i tłumaczeń, a oprócz artykułów oryginalnych będziemy dawać tylko streszczenia obcych prac odpowiednich, mamy nadzieję, że przy względnie małej objętości będzie „Przegląd" dosyć w treść bogatym, a w każdym razie nie biedniejszym od wielu wydawnictw obcych. Unikając z zasady tłumaczeń i przedruków, będziemy dawać i takie, ale tylko w takich przypadkach, gdzie artykuł ze względu na swą doniosłość lub ważność nawet najdrobniejszych szczegółów nie da się streścić.

Chcąc zrobić pismo nasze dostępnym dla wszystkich, nawet i początkujących w zawodzie, umyślnie naznaczyliśmy cenę niską i mamy nadzieję, że z powodu treści, jak również niskiej ceny „Przegląd" nasz znajdzie się na stole każdego dentysty polskiego bez względu na dzielące nas granice.

Omawiając skromne na początek rozmiary naszego pisma, musimy tu zaznaczyć, że obiecujemy nie wiele tylko dlatego, aby wszystkiego, co obiecujemy, dotrzymać. Jeżeli dopiszą nadzieje nasze na szeroki współudział kolegów we współpracownictwie, to w takim razie nie będziemy się wahali powiększyć wydatków na rozszerzenie pojedyńczych numerów, ewentualnie na przemianę naszego miesięcznika na dwutygodnik".

Program „Przeglądu Dentystycznego“ zatwierdzony przez Ministra Spraw Wewnętrznych dnia 12 czerwca r. 1897, umieszczony w zesz. 1. r. 1898 w dziale „Kronika i sprawy zawodowe“.

1) Artykuły z teorii i praktyki dentystycznej włącznie z techniką protetyczną.

2) Artykuły z dziedziny medycyny i nauk przyrodniczych (w zastosowaniu do dentystyki).

3) Opisy przypadków z praktyki dentystycznej.

4) Artykuły krytyczne o dziełach z dziedziny dentystyki.

5) Sprawozdania ze zjazdów i towarzystw dentystycznych, a także lekarskich (w zastosowaniu do dentystyki).

6) Referaty z bieżącej prasy dentystycznej, jako też i ogólno-lekarskiej (w zastosowaniu do dentystyki).

7) Życiorysy lek.-dentystów i innych działaczy na polu dentystyki.

8) Szkice z historii dentystyki.

9) Artykuły, dotyczące wykształcenia i bytu lek.-dentystów i organizacji pomocy dentystycznej.

10) Kronika, rozporządzenia rządowe, dotyczące lek.-dentystów. Wiadomości osobiste, nekrologia.

11) Skrzynka do listów, odpowiedzi redakcji.

12) Korespondencje i odcinek w zakresie programu.

13) Rysunki w tekscie lub na osobnych arkuszach, portrety lekarzy, lek.-dentystów, jako też i pacjentów w tekście lub na osobnych arkuszach.

14) Płatne ogłoszenia.

Termin wychodzenia — raz na miesiąc.

Cena w Warszawie 4 rs. wraz z odnoszeniem do domów, z przesyłką pocztową 5 rs.

„Przegląd Dentystyczny“ jak wszelkie inne pisma wówczas, ukazywały się „z zezwolenia cenzury prewencyjnej“. To też zeszyty w końcu tekstu zawierały pamiętny dopisek w języku rosyjskim: „dozwoleno cenzuroju. Warszawa“.

W myśl tych przepisów każda korekta artykułu pisma musiała być skierowana do cenzury („Cenzurnyj Komitet“), a odnośny referent — cenzor — decydował o wydrukowaniu artykułu.

Krótkie było życie „Przeglądu Dentystycznego“. Z powodu choroby a następnie śmierci redaktora ś. p. Dzierżawskiego ostatni zeszyt podwójny 9 i 10 — wrzesień i październik — ukazał się w końcu r. 1905 w uszczuplonej formie (zesz. 11 i 12 już nie było). Przetrwał więc lata: 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905.

Zasługi redaktora ś. p. Dzierżawskiego, jako obywatela-patrioty, twórcy nowego ogniska myśli polskiej w ciężkich warunkach politycznych słabo, niestety, popieranego przez ogół lek.-dentystów w trzech b. zaborach, są ogromne i nie mogą być ujęte w ciasnych ramach krótkiego faktu historycznego. Aż nadto skromne grono przyjaciół - współpracowników „Przeglądu“ (Idzikowski Feliks, Zieliński Władysław, Essigman Stanisław, Feldblumowa Helena, Drac Jan Kanty, Łepkowski Wincenty — Kraków, Miączyńska Maria, Wilga Hilary — Moskwa i niżej podpisany) przyglądało się „bytowaniu“ pisma i mozolnej pracy wychowawcy - redaktora. Były to warunki zgoła odmienne od obecnych! A jednak w ciągu stosunkowo krótkiego okresu istnienia pismo dało nam bardzo wiele — w cennych artykułach oryginalnych i streszczeniach prac w obcych językach różnych autorów. Poruszane sprawy zawowdowe w ówczesnych warunkach politycznych i „skrótów“ cenzury były dla nas drogowskazem w życiu zawodowym. Spraw tych mieliśmy sporo, a pomyślne rozwiązanie tej lub innej kwestii stanowiło sukces niezwykły.

Redaktor ś. p. Dzierżawski, jako znany polonista i miłośnik czystości języka polskiego, starał się wpłynąć w tym duchu na swoich towarzyszy pracy, zwłaszcza na młodych, którzy po opuszczeniu gimnazjów rosyjskich szwankowali pod względem czystości języka polskiego. Udzielał też cennych rad, tłumaczył, wyjaśniał źródłowo wyrazownictwo, służył zawsze chętnie odpowiednimi podręcznikami języka polskiego, podówczas rzadkimi i nota bene kosztownymi, które posiadał w swej bogatej bibliotece. Będąc poważnym wrogiem wszelkich barbaryzmów, rusycyzmów i innych wad językowych, a wprowadzając nowe miana do naszej specjalności, redaktor poprawiony przez siebie rękopis, przeznaczony do druku, oddawał autorowi do przestudiowania i porównania z oryginałem. Ten system nauczania miał wielki wpływ i znaczenie w przyszłej pracy redakcyjnej. W planowej swej pracy autorskiej, narzucanej też swoim współpracownikom, był wprost wrogiem obszernych kompilacji z owymi tasiemcowymi „wykazami“ jakoby prac czytanych nieraz w językach, których kompilator wcale nie znał. Był wielkim zwolennikiem *samodzielności,* którą to przesiąknięte są wszystkie Jego prace, dostępnie, zwęźle pisane.

Pragnąc stworzyć inne jeszcze placówki naukowe w dziedzinie dentystyki, redaktor ś. p. Dzierżawski zainicjował wydanie pierwszego „Kalendarza Dentystycznego na r. 1898“; wydawnictwo polecił niżej podpisanemu, który jako „bez praktyki“ zebrał b. pożyteczny materiał i wydał. Wy-

dawnictwo wobec małego zainteresowania ówczesnego „ogółu"' praktyków, rzecz prosta, zakończyło się deficytem wobec tego, że zarówno „nabywcy" agenci ogłoszeń, firmy i sprzedawcy umiejętnie go wykiwali. Red. Dzierżawski, widząc „tragedię" młodego a „doświadczonego" wydawcy i... redaktora, wykpiwał go, zaznaczając: „oto los polskiego wydawnictwa". „Tragedię" jednak wziął do serca i deficyt w kwocie rubli 50 pokrył z własnej kieszeni. Młody ówczesny i „doświadczony" wydawca-redaktor smutny los swego wydawnictwa b. potrzebnego, bowiem zawierało wiele materiału pożytecznego, wziął też do serca i wydawania zaniechał, czekając widocznie na *obecne* „lepsze" czasy.

Redaktor ś. p. Dzierżawski, dbając o czystość języka w naszym zawodzie, jak wzmiankowano niejednokrotnie, zamierzał dokładnie opracować mianownictwo dentystyczne. Choroba a następnie śmierć stanęły na przeszkodzie. Inicjatywę tę jako w testamencie swego patrona zrealizował w kilka lat później niżej podpisany p. t. „Polskie Słownictwo Dentystyczne" (r. 1911, Warszawa), którego szczegółowe opracowanie wymagało lat kilka (niestety, i to pożyteczne wydawnictwo było deficytowe, bowiem nim nie interesuje się nie tylko starszy ogół lek.-dentystów polskich, lecz i młodsze pokolenie, gdy tymczasem gwałty nad językiem polskim są często rażące). Wola redaktora ś. p. Dzierżawskiego została sumiennie spełniona.

Ś. p. redaktor Dzierżawski w przebiegu ciężkiej choroby zastanawiał się nad losem swej ukochanej placówki — „Przeglądu Dentystycznego". Zmuszony przerwać pracę, gotów był przelać ją na niżej podpisanego, jako na najbliższego swego współpracownika, który prowadził sekretariat redakcji (administrację prowadziła wieloletnia Jego asystentka ś. p. lekarka-dentystka Maria Miączyńska, później Kaczyńska). Niestety, władza rosyjska nie zgodziła się na kontynuowanie wydawnictwa przez niżej podpisanego jako „podejrzanego politycznie i zbyt mało doświadczonego lekarza". „Przegląd Dentystyczny" więc z końcem r. 1905 wychodzić zaprzestał.

Należało uzyskać w myśl obowiązujących przepisów koncesję na *nowe* pismo zawodowe; po upływie pół roku zaczęło wychodzić w Warszawie p. t. „Kronika Dentystyczna" (1906), kontynuując dzieło, rozpoczęte przez wielkiego, zasłużonego dla polskiego piśmiennictwa dentystycznego ś. p. redaktora Bolesława Dzierżawskiego.

Dla nas, zaznaczamy, redaktor i twórca „Przeglądu Dentystycznego" ś. p. Dzierżawski był mężem wielkich zasług za Jego dzieło ugruntowania polskiej placówki naukowej i specjalnego polskiego piśmiennictwa fachowego, za Jego wytrwałe zwalczanie uprzedzeń władz rosyjskich do nowotworzonej polskiej placówki kulturalno-społecznej w nader ciężkich warunkach politycznych, kiedy to każda placówka polska ulegała prześla-

dowaniu przez biurokratów rosyjskich, węszących wszędzie politykę „przeciwrządową“, za Jego wpajanie w nas odwagi do walki z uprzedzeniami czynowników do naszej obrony spraw zawodowych, za usystematyzowanie pracy naukowej i zachętę do niej, za nader życzliwe ustosunkowanie się do każdego, chętnego do pracy naukowej dla dobra dentystyki polskiej bez różnicy stopnia naukowego, nie zważając na nieżyczliwe ustosunkowanie się niektórych, za udostępnienie i ułatwienie pracy w różnych instytucjach i organizacjach naukowych, za nader życzliwe ustosunkowanie się jako do przyjaciół; jako rzeczywisty arystokrata duchowy, doskonale zrozumiał, że do rozwoju rodzimej nauki droga demokratyczna nie zawiedzie; to też udzielał się wszędzie, gdzie tylko wiedzę siać można było...

Z obowiązku obywatelskiego podaliśmy powyższe wspomnienie ważnego faktu historycznego. Czynimy to też z tego względu, aby, jak dawniej w odrębnych warunkach, w środowisku niejednolitym, nie lekceważono *obecnie* w zgoła innych warunkach pracy z dawnego okresu, jak to, niestety, stwierdzić się daje. Faktów ugólniać nie wolno. Mamy i obecnie *w odrębnych warunkach bytowania zawodu* też fakty, które podlegałyby pewnej krytyce, nie uogólniamy ich jednak. Zarozumiałość i lekceważenie niektórych niekiedy są rażące i to nieraz jednostek na stanowiskach. Krytyka jest dobra, lecz nie zawsze źródło tej jest dobre. Gdy rzucimy okiem wstecz, właśnie łatwo przekonać się można, że rozwój dentystyki polskiej niezależnie od terminologii kroczył nie po różach, lecz po grzęskim torze, b. często trudnym do opanowania. Praca jednak dawnych czasów, czasów bynajmniej nie do zazdroszczenia, dawała z siebie maximum czynu, który kładł przyszłe fundamenty, na których już można budować gmachy stosownie do upodobania.

Przyszły historyk dentystyki polskiej (bez różnicy terminologii), a wszak zapewne taki się znajdzie, bezstronnie oceni pracę dawnych czasów, pracę fundamentalną, odróżni rzeczywistość od urojonych ambicji niektórych, istotne zasługi lekceważonej pracy; mamy na względzie pracę nie zarobkową, która wszak tak jasno niekiedy przyświeca głuchoniemym na polu pracy społeczno-zawodowej, a mającym termin „lekceważenie“ na ustach we wszystkich odmianach.

Praca dawnych czasów, zapewniamy kogo należy, ma swoją wartość dla zawodu, państwa i społeczeństwa. Jeżeli tego dobra ktoś *obecnie* nie docenia — jest to jego osobista sprawa. Umysły są wszak różne. Uogólnianie faktów też jest niedorzecznością — *dawniej a i obecnie*, zaś lekceważenie a nawet ignorowanie faktów dokonanych w imię dobra wspólnego — to już cechuje istotę ich pochodzenia.

Jak uczcić zasługi ludzi wielkich, doskonale wiemy. Nas jednak, niestety, nie stać; poza przytoczeniem powyższego rysu historycznego nic więcej uczynić nie możemy.

Gdy ś. p. redaktor Dzierżawski zmuszony był materialny byt pisma podtrzymywać środkami z własnej kieszeni, my tego „cudu" dokonać nie możemy z prostej przyczyny: z braku kapitału. Powiększenie objętości pisma z okazji *czterdziestolecia powstania polskiego piśmiennictwa lek.-dentystycznego* pochłonęłoby większego wydatku. Walka nasza z niesumiennymi „przedpłatnikami" jest aż nadto wyczerpująca, co nie pozwala nawet na utrzymanie pisma w obecnym stanie. O „szerokim" popieraniu już mówić tu nie chcemy. Przedstawiciele wszystkich pokoleń nie bardzo interesują się sprawami zawodowymi. Walka o zdobywanie ogłoszeń jest wyczerpująca i przykra.

Wobec braku więc środków, zaznaczamy, niestety, nic uskutecznić nie mogliśmy aby zgodnie uczcić zasługi, związane z omówionym faktem...

K.

Prof. Dr. Karol Jonscher. **Poznań.**

KRZYWICA W ŚWIETLE NOWYCH BADAŃ I JEJ WPŁYW NA UZĘBIENIE DZIECKA ORAZ ŚRODKI ZAPOBIEGAWCZE.

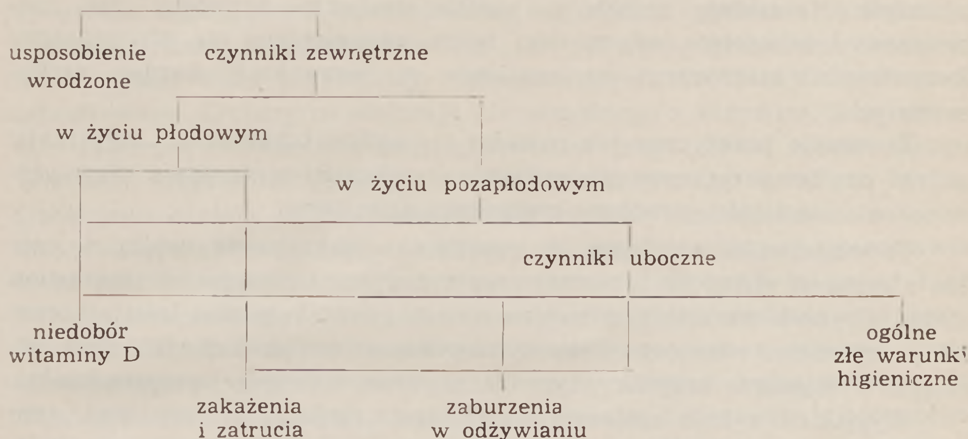
(Wyjątek z pracy p. t. „Krzywica i limfatyzm" Pamiętnik IX Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku).

W ostatnich latach znajomość *warunków powstawania krzywicy* uczyniła postępy wprost fantastyczne, że tak zwany czynnik przeciwwkrzywiczy, czyli witamina D, początkowo identyfikowana z witaminą A, później wykryta w naświetlanej ergosterynie, została już uzyskana w czystej postaci krystalicznej, że dostarczona organizmowi w tej czy innej formie zapobiega powstawaniu krzywicy, lub ją leczy.

Jak to zwykle bywa w takich razach, tak samo i tu, szybki rozwój nauki o witaminie D wywarł tak przemożny wpływ na nasze poglądy na krzywicę, że ostatnio zazwyczaj zbyt mało uświadamiamy sobie podstawowe prawo o złożoności zjawisk biologicznych, zapominając całkowicie o tym, że *w rzeczywistości istnieje szereg warunków, w których krzywica występuje w organizmie ludzkim*. Tak jak zarazek chorobotwórczy sam przez się nie jest równoznaczny z powstawaniem choroby, tak samo i czynnik przeciwkrzywiczy zwykle wywiera swój przemożny wpływ tylko wspólnie z innymi czynnikami, osłabiającymi lub wzmagającymi jego działanie. Należą one do dwóch grup głównych:

1) właściwości wrodzonych organizmu,

2) czynników zewnętrznych, warunkowanych środowiskiem, w którym żyje organizm, i to:
a) w życiu płodowym,
b) w życiu pozapłodowym.



Dawniejsi klinicyści, jak np. Trousseau, oraz wielu współczesnych, jak Marfan, Bessau, Pfaundler i inni podkreślają duże znaczenie właściwości dziedzicznych w powstawaniu krzywicy. Pfaundler ocenia znaczenie tego czynnika bardzo wysoko, bo aż do 75%. Hess i Blackberg[1]) starali się wykazać wpływ konstytucji na występowanie krzywicy doświadczalnej, jednakże badania te zostały przeprowadzone na zbyt małym materiale, by można było uważać je za wiążące. Istnienie tego *„genu krzywiczego"*, przekazywanego przede wszystkim przez matkę, uwidocznia się w łatwym zapadaniu na krzywicę pewnych rodzin, podczas gdy inne są odporniejsze, oraz w zachowaniu się pod tym względem bliźniąt, które odgrywają ostatnio tak dużą rolę w patologii i w biologii.

Siegert[2]) opisuje 31 rodzin, w których ojciec lub matka chorowali na krzywicę, z większością dzieci krzywiczych, pomimo żywienia piersią i starannej opieki, podczas gdy w 14 rodzinach z rodzicami, wolnymi od krzywicy, dzieci nie chorowały, mimo sztucznego żywienia w wieku niemowlęcym. Cecha usposobiająca do krzywicy jest prawdopodobnie dominującą.

Bliźnięta, identyczne pod względem genotypu, tj. bliźnięta jednojajowe zachowują się względem krzywicy bardzo podobnie, tj. zapadają

[1]) Am. J. Physiol. T. 102, 1932, ref. Am. J. Dis. Child. T. 47, 1934, str. 860.
[2]) Jahrb. f. Kinderhlkd. T. 59, 1904.

na nią lub są od niej wolne, często mimo różnic w warunkach zewnętrznych, podczas gdy nie ma zwykle tej jednolitości wśród bliźniąt dwujajowych.

Spostrzeżenia te są o tyle ważne pod względem praktycznym, że musimy się liczyć z możliwością wystąpienia krzywicy nawet u niemowląt, żywionych jak najracjonalniej i chowanych w dobrych warunkach higienicznych. Naturalnie, że wtedy zwykle nasilenie krzywicy jest nieznaczne. I odwrotnie, zdarza się, że ze zdziwieniem nie stwierdzamy krzywicy lub nieznaczne jej nasilenie w warunkach bardzo niekorzystnych.

Znaczenie praktyczne jak również i ogólno-biologiczne tego faktu polega na bezsprzecznym stwierdzeniu *możliwości wpływania dietetycznego na właściwości wrodzone organizmu dziecięcego*.

Te właściwości wrodzone do zapadania na krzywicę *wiążą się często z cechami skazy fimfatycznej* oraz *z dużym wzrostem i rozrostem dzieci*. Czynnik wzrostu jest bardzo ważny, gdyż *krzywica jejst schorzeniem organizmu rosnącego:* im szybszy wzrost w danej chwili, tym łatwiej o wystąpienie krzywicy, tym intensywniej należy jej przeciwdziałać

Wyjątkiem z tego ogólnego prawa jest zachowanie się pod tym względem noworodków i niemowląt w pierwszych miesiącach życia. Wiemy przecież, że krzywica występuje przede wszystkim dopiero poczynając od końca pierwszego półrocza.

Sprawa *krzywicy wrodzonej* była i jest żywo omawiana w piśmiennictwie pediatrycznym. Znajduje ona swych zwolenników, jak i przeciwników, zaprzeczających jej istnieniu. Nie ulega wątpliwości, że w czasach dawniejszych takie stany chorobowe, jak chondrodystrofia i osteogenesis imperfecta, dawały często powód do błędnego rozpoznawania krzywicy wrodzonej. Zagadnienie to sprowadzało się w tym czasie do wykazania, czy u noworodków istnieje zmiękninie potylicy (craniotabes), na podobieństwo takiegoż objawu w krzywicy niemowląt starszych. Za tym przemawiali Elsässer, Virchow, Kassowitz, podczas gdy inni uważali to zjawisko za fizjologiczne (Friedleben, Ritter v. Rittersheim i inni).

Ograniczenie się objawów krzywicy noworodka do zmian w kościach czaszki w braku zmian klinicznych w innych odcinkach układu kostnego nie mogło być samo przez się zaprzeczeniem ich charakteru krzywiczego. I tutaj bowiem obowiązuje prawo zapadania przede wszystkim tych części układu kostnego, które w danej chwili wykazują najszybszy wzrost. A więc im młodsze niemowlę, tym intensywniejsze zajęcie czaszki, jak np. w krzywicy wcześniaków i niemowląt kiłowych, a w krzywicy późnej, w okresie pokwitania lub bezpośrednio przedtem zajęcie przede wszystkim kończyn dolnych: biodro szpotawe, kolano szpotawe, stopa koślawa oraz skrzywienie kręgosłupa.

Sam fakt zmięknienia kości czaszki w okolicy potylicy u noworodków nie ulega najmniejszej wątpliwości. Różni się tylko interpretacja tego faktu, jego zależność od krzywicy. Krańcowo różne poglądy wielu poważnych autorów, o czym była mowa przed chwilą, sprowadzają się jak zwykle do jedynie słusznego rozwiązania, że obie strony mają do pewnego stopnia słuszność, ale nie w stu procentach. Na potylicy noworodków, zwłaszcza wcześniaków, stwierdza się nie rzadko ogniska rozmiękania, położone jednak, w przeciwieństwie do typowych ognisk krzywiczych, na brzegach kości potylicznej i ciemieniowych, w tylnej części szwu strzałkowego. Zmiany te nie mają nic wspólnego z krzywicą, a są wyrazem zaburzeń kostnienia z innych powodów (zbyt szybki rozrost mózgu Wieland). Objawy te ustępują z końcem pierwszego kwartału życia. Obok tego istnieją jednak niewątpliwie ogniska rozmiękczeniowe w samej kości potylicznej, jak w krzywicy niemowląt starszych; przemawia to za możliwością istnienia krzywicy wrodzonej. Sprawa ta pozostałaby być może nierozstrzygnięta ostatecznie, gdyby dalsze badania nad krzywicą nie dały nam do ręki możliwości pewnego rozpoznawania tego stanu chorobowego w okresie wczesnym, zanim w układzie kostnym wystąpią objawy, dostępne naszym zmysłom. Obniżenie fosforanów nieorganicznych we krwi i stwierdzenie typowych zmian radiologicznych w nasadach kości długich, pozwalają na rozpoznanie krzywicy lub na ustalenie charakteru krzywiczego wątpliwych zmian kostnych. Tą drogą można ustalić istnienie krzywicy wrodzonej ponad wszelką wątpliwość (Maxwell)[1]), chociaż trzeba przyznać, że należy ona do rzadkich stanów chorobowych. Wiemy bowiem, że płód pasożytuje w dużym stopniu na organizmie matki, że więc odczuwa on ewentualne jakieś braki w razach znacznego wyczerpania tego organizmu, a więc w tym konkretnym wypadku tylko krańcowe niedomagania w dopływie czynnika krzywiczego do organizmu matki mogą wywrzeć wpływ dostatecznie intensywny, by można było stwierdzić objawy krzywicy u noworodka.

Przypadek takiej niewątpliwej krzywicy wrodzonej został niedawno opisany w piśmiennictwie amerykańskim (Wolfe)[2]). U tego noworodka stwierdzono niską zawartość fosforu we krwi (4,2 mg⁰/₀) i charakterystyczne zmiany radiologiczne. Poziom wapnia również niski (8,1 mg⁰/₀), a iloczyn tych dwóch wartości — 34. Dziecko to urodziło się z matki (Chinki) w okresie istnienia u niej typowych objawów klinicznych tężyczki, z charakterystycznym obniżeniem ilości wapnia 5,4 mg⁰/₀) oraz fosforu (2,9 mg⁰/₀).

Dziecko otrzymywało pokarm, mleko kozie, tran, sok z kapusty

---

[1]) Cyt. pg. Holt i Howland, Choroby niemowląt i dzieci.

[2]) Am. J. Dis. Child. T. 49, 1935.

Utrzymywało głowę w pozycji pionowej w 4-ym, siedziało w 7-ym miesiącu życia. W 20-ym miesiącu stwierdzono tylko brózdę Harrisona oraz *niedostateczny rozwój szkliwa zębów mlecznych*, ale brak objawów czynnej krzywicy, również radiologicznie.

Te rzadkie przypadki pouczają nas jednak, że w życiu płodowym mogą istnieć warunki do powstawania krzywicy wrodzonej, że wskutek tego częściej mogą powstawać *stany utajone niedostatecznego dopływu czynnika przeciwkrzywiczego*, nazwane tak trafnie przez Mouriquand'a preécarence, że więc w czasie ciąży należy matce zapewnić racjonalne żywienie, dostateczną ilość powietrza i słońca oraz dostarczenie dodatkowe czynnika przeciwkrzywiczego w pożywieniu (tran, preparaty witaminy D) lub też przez naświetlanie promieniami pozafiołkowymi.

W życiu *niemowlęcia starszego* niedobór czynnika przeciwkrzywiczego powoduje występowanie krzywicy o nasileniu, zależnym od stopnia tego niedoboru, również od właściwości osobniczych danego organizmu.

Niedobór czynnika przeciwkrzywiczego powstaje niewątpliwie przede wszystkim wskutek niedostatecznego dopływu z zewnątrz, ale również w pewnym stopniu wskutek szkodliwego działania licznych czynników ubocznych.

Niedostateczny dopływ czynnika przeciwkrzywiczego może mieć miejsce bezpośrednio lub pośrednio.

Bezpośrednio przez podawanie dziecku pożywienia ubogiego w witaminę D, bo w patologii ludzkiej nie spotykamy się właściwie nigdy z całkowitym brakiem tego składnika. Witamina D jest rozpuszczalna w tłuszczu, znajduje się w zmiennych ilościach przede wszystkim w następujących składnikach naszego pożywienia: w pokarmie, w mleku, żółtkach, kapuście, pomidorach, szpinaku, owocach. Brak jej natomiast w licznych tłuszczach zwierzęcych, jak w smalcu, łoju wołowym lub baranim oraz w tłuszczach roślinnych. Naturalnie i tutaj jak zwykle, gdy chodzi o witaminy, ilość tego czynnika jest tym większa, im świeższe jest pożywienie, im mniejszej liczbie przeróbek podlega od chwili wytworzenia aż do skonsumowania. Praktycznie rzecz biorąc, powstawaniu krzywicy będą sprzyjały następujące błędy w dietetyce niemowląt: żywienie sztuczne, zwłaszcza pozbawione pokarmu kobiecego bezpośrednio po urodzeniu, podawanie dużych ilości niepełnowartościowego mleka, zbyt długie żywienie wyłącznie mlekiem lub też preparatami mącznymi.

Pośrednio niedobór witaminy D powstaje w organizmie wskutek *niedostatecznego działania na skórę słońca*, a w szczególności jego promieni pozafiołkowych. Raczyński był pierwszym, który zwrócił uwagę na znaczenie słońca w etiologii krzywicy. Organizm ludzki posiada w tkance ergosterynę w postaci nieczynnej (prowitamina), zamienianej w witaminę D dopiero po zadziałaniu na skórę promieni pozafiołkowych;

proces identyczny z tym, jaki wykonywany in vitro, chcąc uzyskać czynne preparaty witaminy D. Pozbawienie więc organizmu dziecka promieni słonecznych, co tak często ma miejsce z niemowlętami w chłodniejszych porach roku, uniemożliwia ten proces, stwarza więc niedobór witaminy D.

Ciekawe spostrzeżenie poczyniono w Egipcie, czyli w kraju, w którym obfitość naświetlania słonecznego powinnaby teoretycznie uniemożliwiać występowanie krzywicy. A tymczasem 50% dzieci choruje tam na krzywicę, i to pomimo karmienia piersią w 80% przypadków (Sabri i Fikri). Okazało się, że pokarm kobiet w Egipcie zawiera zbyt mało witaminy D, zawierając jednocześnie dostateczną ilość prowitaminy. Prowitamina ta nie może ulec uczynnieniu, gdyż światło słoneczne w Egipcie wiosną i w zimie posiada mało promieni pozafiołkowych, pomimo dużej intensywności, a w lecie nadmiernie wysoka temperatura nie pozwala na dostateczne wykorzystywanie słońca.

W odmiennych warunkach życia w różnych klimatach oba te źródła witaminy D są wykorzystywane w krańcowo różny sposób: w krajach o dużym nasłonecznieniu słońce jest źródłem głównym, podczas gdy w krajach północnych najważniejszą rolę odgrywa pożywienie bogate w czynnik przeciwkrzywiczy, jak np. tran u Eskimosów. Krzywica musi więc występować szczególnie często i z dużym nasileniem w razie zmiany klimatu podzwrotnikowego na północny, i niedostosowania pożywienia do tych nowych warunków życia, jak np. u murzynów w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Jednoczesna urbanizacja odgrywa tutaj naturalnie również pewną rolę.

U nas, oba te źródła witaminy są zwykle jednocześnie niedostatecznie wykorzystywane — dzieci źle żywione często są jednocześnie za mało wyprowadzane na powietrze. O ile niedobór jest nieduży, to zapadają tylko organizmy specjalnie wrażliwe, i to zwykle w stopniu lżejszym; w przypadkach znaczniejszych odchyleń od normy krzywica występuje niezależnie od właściwości konstytucjonalnych, zmienia się tylko w pewnych granicach jej nasilenie. Dla niemowlęcia i małego dziecka optimum wynosi 0,01 mg krystalicznej witaminy pro die, minimum — 0,002 mg.

Istnieją jednak poza tym jeszcze pewne *czynniki zewnętrzne* sprzyjające powstawaniu krzywicy. Należy tu wymienić przede wszystkim *sposób żywienia* dziecka, niezależnie od zawartości witaminy D w pożywieniu, oraz *zaburzenia przewodu pokarmowego i odżywiania*, tak częste u niemowląt żywionych sztucznie, zwłaszcza w przypadkach ilościowych i jakościowych odchyleń od potrzeb organizmu. Dawniej dopatrywano się w tym nawet głównego czynnika etiologicznego, myśląc o zakwaszeniu organizmu (Czerny), o niedostatecznym wchłanianiu lub wydalaniu wapnia, czemu sprzyjają składniki pożywienia, warunkujące obfite wydalanie wapnia w zasadowych stolcach (białko, mączki). Dzi-

siaj musimy stać na stanowisku, że te zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, które znajdujemy prawie bez wyjątku w wywiadach dzieci krzywiczych, prawdopodobnie *upośledzają wchłanianie witaminy D.* Dowieść tego trudno, wolno jednak tak sądzić na podstawie analogii z witaminą C: spostrzeżenia nasze w klinice przemawiają za tym, że kwas askorbinowy, podawany doustnie, nie działa zupełnie w przypadkach dyspepsji u niemowląt, podczas gdy stosowany podskórnie wywiera swój wpływ w tych samych przypadkach.

Spostrzeżenia kliniczne i badania doświadczalne przemawiają również i tutaj za koniecznością *korelacji poszczególnych składników pożywienia.* Nadmiar węglowodanów w pożywieniu oraz idący często z tym w parze niedobór witaminy A wymagają, ceteris paribus, większego dopływu witaminy D. Natomiast w przypadkach znacznego niedożywienia ilościowego, warunkującego zahamowanie lub znaczniejsze zwolnienie wzrostu, nawet małe ilości witaminy D, dostarczane w pożywieniu, wystarczają często do pokrycia potrzeb takich organizmów dziecięcych.

Dalszym czynnikiem podstawowym, sprzyjającym powstawaniu krzywicy, są *zakażenia i zatrucia,* przede wszystkim naturalnie przewlekłe. Każdy taki stan chorobowy stwarza podłoże dogodne do rozwoju krzywicy, czego najjaskrawszym przykładem jest wczesna krzywica, występująca z dużym nasileniem u dzieci, obarczonych *kiłą wrodzoną.* Bezsprzecznym dowodem dużego znaczenia, jakie wywiera zakażenie na krzywicę, jest też stale spostrzegany fakt, że tak potężny czynnik leczniczy, jakim jest witamina D, nie jest w możności oddziaływać skutecznie w przypadkach krzywicy, w których stwierdzamy jednocześnie takie czy inne zakażenie organizmu. Marfan[1]) idzie nawet tak daleko, że w tym przewlekłym zakażeniu płodu w ostatnich miesiącach ciąży (ma on tu na myśli przede wszystkim kiłę wrodzoną), noworodka lub małego niemowlęcia dopatruje się głównego czynnika etiologicznego krzywicy — jady bakteryjne z ognisk chorobowych gdziekolwiek umiejscowionych poza szpikiem kostnym działają nań ujemne (reakcja szpiku á distance), co powoduje odpowiednie zmiany w układzie kostnym i w całym organizmie. Natomiast witamina D ma mieć znaczenie drugorzędne, działając ochronnie na układ chrząstkowy i kostny, podobnie jak cholesteryna ochrania czerwone ciałka krwi od hemolizy. Marfan uważa też, że krzywica doświadczalna nie jest identyczna z krzywicą dziecięcą, gdyż brak jej przede wszystkim charakterystycznych zmian w szpiku, jak przekrwienia, bujania, zwiększenia się liczby normoblastów, obfitej kariokinezy, zwyrodnienia myelocytów, dużej liczby myelocytów eozynochłonnych. Podobny pogląd o znaczeniu kiły wrodzonej wypowie-

[1]) Méd. inf. T. 40, 1933; Le Nourrisson, T. 22, 1934 i inne publikacje.

dział również Hochsinger, a Parrot poszedł nawet tak daleko, że zaprzeczał możliwości istnienia krzywicy poza kiłą wrodzoną.

Odrębne zagadnienie przedstawia tak zwana *krzywica nerkowa*, idąca zwykle w parze z zahamowaniem wzrostu *(infantilismus renalis)*. Zamiast ustalania związku przyczynowego między schorzeniem nerek i krzywicą należałoby przedtem rozstrzygnąć pytanie, czy oba te stany chorobowe nie mają jednej wspólnej przyczyny. Odrębność krzywicy w tych przypadkach zaznacza się *jeszcze zwiększoną* ilością fosforanów, wbrew temu co spostrzegamy zwykle oraz brakiem leczniczego działania witaminy D. Nieco odmienne są też zmiany histologiczne i radiologiczne w tkance kostnej (Mitchell) [1]), która jest mniej spoista, więcej gąbczasta niż w krzywicy zwykłej.

Poglądy wyżej wymienionych autorów na rolę *kiły wrodzonej w etiologii krzywicy* są niewątpliwie zbyt krańcowe, mają jednak duże znaczenie, gdyż przeciwstawiają się skutecznie i słusznie zbyt jednostronnemu ujęciu krzywicy. Klinicznego pojęcia i obrazu krzywicy nie można bez reszty utożsamiać z awitaminozą D, uzyskiwaną doświadczalnie, lub też ze stanem, występującym u zwierząt laboratoryjnych na tak zwanej diecie krzywiczej. W przeciwieństwie bowiem do tych doświadczeń, do samej nazwy schorzenia i wreszcie do tego, co przeciętnie sobie wyobrażamy o krzywicy, obejmuje ona nie tylko układ kostny, ale cały organizm dziecka, a przede wszystkim *pochodne mezenchymy*. Słusznie też Bessau[2]) używa ostatnio nazwy *Mesenchymopathia rachitica*, zaliczając krzywicę do wspólnej grupy z anemią dziecięcą typu Jaksch-Hayem'a Pachymeningitis haemorrhagica interna, chorobą Möller-Barlowa oraz, co jest szczególnie ważne, z pewnymi postaciami stanu grasiczo-limfatycznego.

Schorzenie całego organizmu objawia się już klinicznie przed zmianami kostnymi, uchwytnymi dla naszych nieuzbrojonych zmysłów. Mamy więc apatię, gniewliwość (Cerebrale Rachitis — Czerny), mniejszą ruchliwość, częściowo pochodzenia psychicznego, częściowo warunkowaną hipotonią mięśni; gorsze ukrwienie skóry, niedokrwistość, nieznaczną leukocytozę z względną limfocytozą (Erlichówna) [3]), pocenie się dziecka. zwłaszcza główki, na co matki często zwracają uwagę lekarza, wyraźną bolesnść mięśni i układu kostnego na dotyk, przerost układu chłonnego z powiększeniem śledziony, osłabienie odporności ogólnej oraz już bardzo wcześnie, to już zaznano *obniżenie ilości fosforanów nieorganicznych we krwi* (Park i Howland w roku 1920).

Fosforany spełniają w organizmie niezmiernie ważną rolę; są one

---

[1]) Am. J. Dis. Child. T. 40, 1930.
[2]) Mediz. Klin. T. 32, nr. 16, 1936.
[3]) Hematologja dziecięca. Warszawa, 1924.

niezbędne do prawidłowego odkładania się soli wapniowych w tkance kostnej oraz pełnią w pewnym stopniu funkcje katalizatorów, aktywujących czynności organizmu, przede wszystkim wzmagając procesy utleniania w krwinkach (György) [1]. To też *intensywność wzrostu i poziom fosforanów we krwi wahają się równolegle* — norma dla dorosłych jest znacznie niższa niż dla niemowląt, gdyż wynosi 3,3 mgr %.

Podkreślając duże znaczenie fosforanów nieorganicznych w patogenezie krzywicy, musimy zaznaczyć, że znaczenie praktyczne tego objawu zmniejsza się w dużym stopniu przez brak technicznej możliwości wykonania tych badań w bardzo wielu razach, a następnie również przez niezmiernie szybkie reagowanie poziomu fosforanów we krwi na działanie czynnika przeciwkrzywiczego, co jest w dużym stopniu niezależne od stanu klinicznego sprawy chorobowej. Naprzykład, podanie jednorazowej dużej dawki witaminy D szczurom krzywiczym zwiększa zwykle ilość fosforanów we krwi na stałe (Warkany) [2]. *Ilość fosforanów waha się też w pewnych ganicach u dzieci zdrowych w ciągu roku,* wykazując najniższe wartości w porze zimowej w związku z mniejszym nasłonecznieniem w tym czasie. Ilość ta zwiększa się prawie bezpośrednio po rozpoczęciu podawania czynnika przeciwkrzywiczego w tej czy innej formie. Dlatego też wyżej zaznaczyłem, że poziom fosforanów we krwi jest *stale obniżony w nieleczonych przypadkach krzywicy.*

D. n.

DZIAŁ STRESZCZEŃ.

Dr. Podkomorski L., Gdynia.

Osutka lekowa po użyciu weramonu. Medycyna Praktyczna nr. 21 r. 1938.

Osutki lekowe są zjawiskiem stosunkowo dość częstym i w szczególności dobrze znanym. Niektóre z nich są tak charakterystyczne, że można je rozpoznać niemal na pierwszy rzut oka, inne natomiast dają się zidentyfikować tylko po starannych wywiadach. Do ostatniej grupy należą zwłaszcza otrucia niektórymi pokarmami. Ponieważ otrucia te zachodzą tylko u niektórych osób, chodzi tu niewątpliwie o uczulenie osobnicze.

Nawet u osób wrażliwych nie zawsze występują objawy zatrucia. Nowsze badania wykazały, że objawy allergiczne występują u danej osoby tylko w pewnych warunkach. Eichhoff (Derm. Wochenschr. 1937, 4) po-

[1]) Jahrb. f. Kinderhlkd. T. 102, 1923.

[2]) Am. J. Dis. Child. T. 49, 1935.

daje np., że pewien chory, który gotowane raki znosił normalnie dobrze, ulegał ciężkiemu atakowi allegicznemu ilekroć pił równocześnie alkohol. Pomiędzy innymi wspomina Eichhoff o sporadycznym nieznoszeniu pochodnych kwasu barbiturowego przy równoczesnym spożywaniu ryb.

Alkohol słusznie zakazują lekarze w szeregu schorzeń, gdyż istotnie w wielu przypadkach wpływa ujemnie na działanie lecznicze środków lekarskich. Toksyczność rezorcyny, pyrogallolu, kal. chloric. wzrasta pod wpływem alkoholu, a niektóre środki przeciwczerwiowe, jak Extr. filicis maris, Santonina, Ol. chenopodii stają się wręcz niebezpieczne. Szkodliwość nadużywania alkoholu w leczeniu kiły jest do tego stopnia wybitna, że może unicestwić skuteczność leczenia swoistego.

Mechanizm zatrucia w wielu przypadkach jest zagadkowy. Człowiek, który przez długi czas dobrze znosił pewien lek, odrazu bez widocznych przyczyn reaguje objawami allergicznymi.

Przypadek: S. K., lat 34, nigdy przedtem nie chorowała. Przed rokiem miała ulcus molle, który jednak szybko się wyleczył. Próba krwi Wassermanna wypadła ujemnie. Chora często miewa ból zębów, który skutecznie usuwa weramon.

W dniu 18 października 1937 r. wieczorem o godzinie 5-ej zażyła z powodu bólu zęba tabletkę weramonu 0,4. Pięć minut później poczuła, że wargi „puchną" i że podniebienie staje się jakby „znieczulone". Gdy poruszała językiem, miała uczucie dotykania jakby obcego ciała. Równocześnie odczuła swędzenie w okolicy sromu. W pół godziny później zauważyła, że zaczęły się tworzyć pęcherzyki białawe na wargach. Uczucie swędzenia na sromie przechodziło w lekki ból; tam również zaczęły się tworzyć malutkie pęcherzyki. Stan ten pogarszał się z godziny na godzinę; w nocy miała sen utrudniony. Ponieważ myślała, że objawy te znikną niebawem, nie poszła odrazu do lekarza. Chora rozpoznała odrazu związek przyczynowy pomiędzy wysypką i zażytym lekarstwem, przypuszczała więc, że objawy powinny wkrótce zniknąć, że dotychczas zawsze dobrze znosiła weramon. Dopiero na czwarty dzień, gdy miała już trudności z jedzeniem, zjawiła się u autora. Na pytanie, czy piła alkohol, albo jadła ryby w dniu, w którym brała weramon, odpowiedziała przecząco.

Stwierdzono na górnej i dolnej wardze liczne opryszczki typu herpes labialis, bardzo silnie rozwinięte. Całe usta okolone aureolą pęcherzyków, strupów, owrzodzeń. Na podniebieniu, na błonie śluzowej ust i na języku cały szereg wykwitów typu aphtae — część wykwitów stanowi pęcherzyki większe biało-żółte na podłożu żywoczerwonym, część wykwitów wygląda, jak płaskie owrzodzenia żywoczerwone z odstającą otoczką białą, za którą znów znajduje się otoczka czerwona (= pęknięte pęcherze).

Na sromie i ad anum stwierdzono tak samo wielką ilość pęcherzyków podobnych, jak przy herpes progenitalis. Lekkie upławy. Badanie na gono-

koki daje wynik ujemny. Narządy wewnętrzne bez zmian. Odczyn krwi według Wassermanna ujemny. Kilka zębów spróchniałych.

Po czterech dniach leczenia środkami uśmierzającymi i płukaniem ust wodą utlenioną, stan poprawił się bardzo znacznie. Na wargach tylko jeszcze kilka suchych strupów, w ustach wykwity prawie zupełnie zginęły, na sromie utrzymało się jedynie nieznaczne owrzodzenie ad clitorim.

Trzy dni później w jamie ustnej i na sromie żadnych objawów. Na wargach ślady po zeszłych strupach. Chora skarży się jeszcze na uczucie znieczulenia w ustach. Po tygodniu zupełny powrót do zdrowia. Polecono chorej na przyszłość unikania weramonu.

Ponieważ chora nie zastosowała się ściśle do tego polecenia, stwierdzono napad allergii i to w godzinę po zażyciu lekarstwa. Pacjentka zgłosiła się ponownie z prośbą o pomoc, ponieważ przed godziną z powodu bólu zęba zażyła jeden proszek weralginy w opłatku à 0,4 i czuła „znieczulenie“ podniebienia i swędzenie wokoło ust, odbytu i sromu. Przyszła, bowiem boi się, żeby się nie powtórzyła sprawa z przed roku. Ponieważ tym razem chora nie zażyła weramonu oryginalnego, autor zapytał aptekarza, który poinformował go, że wydany przez niego proszek jest identyczny co do składu z weramonem.

Badanie kliniczne nie wykazało w miejscach swędzenia żadnych zmian. Stwierdzono natomiast na obydwu przedramionach po jednej niewielkiej blaszce rumienia o rysach dość ostrych i kształcie owalnym. Chora twierdzi, że nie spostrzegła przedtem tych zmian. Następnego dnia przyszła ponownie. Wytworzyły się przez noc dość liczne pęcherzyki wodniste, malutkie naokoło ust i na podniebieniu. Na sromie i wokoło odbytnicy stwierdzono również podobne, bardzo nieliczne pęcherzyki. Chora podaje, że ma uczucie gorąca w pochwie.

Niestety, autor chorej więcej nie widział. Widocznie, już nie miała potrzeby więcej przychodzić.

K.

Dr. Finkler-Brokmanowa i dr. Polakow J.

Zagadnienie błonicy języka i śluzówki jamy ustnej. Ze Szpitala Anny Marii w Łodzi. Czasop. Lek. 23 — 24 r. 1937.

Błonica języka i śluzówki jamy ustnej jest chorobą stosunkowo rzadką Obserwacje kliniczne przypadków błonicy gardzieli i migdałków wykazały iż te postacie błonicy mają tendencję do rozszerzania się w kierunku tylnej ściany gardzieli, podniebienia miękkiego i języczka, *rzadko zaś w kierunku języka, dziąseł i policzków. Pierwotne postacie błonicy jamy ustnej należą do schorzeń bardzo rzadko spotykanych.*

Göppert zaznacza, iż zupełnie pewnych przypadków błonicy jamy ustnej obecnie się nie spotyka. Większą pracę, poświęconą temu schorze-

niu, podaje Bretonneau. Opisał on w r. 1926 endemię błonicy jamy ustnej, która przebiegała pod postacią rozległych nalotów na dziąsłach. Naloty te ulegały rozpadowi i szerzyły się w kierunku błony śluzowej policzków, gdzie również rozpadały się i tworzyły cuchnące sadłowate masy. W postaciach ciężkich dołączała się również angina błonicza. Od tego czasu jedynie Bokay i Jansen opisali u niemowląt postacie pierwotnej błonicy dziąseł, które przebiegały z obrzękiem i dość dużymi nalotami na brzegach wyrostków zębodołowych.

Na oddziale błoniczym szpitala Anny Marii w Łodzi w ciągu ostatnich dwóch lat na 670 przyp. błonicy obserwowano 5 przyp. błonicy jamy ustnej.

Przypadek I. J. B. lat 8. Bóle gardła, od kilku dni obrzęk warg. Gorączkuje do 38°. Skierowana do szpitala z rozpoznaniem błonicy, stomatitis ulcero-aphtosa. Gruczoły szyjne wymacalne. Gardło czyste, dziąsła rozpulchnione, obrzękłe, krwawią przy dotyku. Na dziąsłach małe szare nalociki, w kątach ust zajady. Wargi suche, pokryte szaro-brudno-krwawymi strupkami. Nos drożny. Migdałki zaczerwienione. Z nalotów na dziąsłach, z wydzieliny z gardła wyhodowano liczne laseczniki błonicy.

Przypadek II. Z. M. rok i 2 mies. Migdałki powiększone, gładkie, jama ustna czysta. Na brzegu języka stwierdza się duże białe naloty, z których wyhodowano bardzo liczne laseczniki błonicy. Język lekko obrzękły. Na prawym brzegu języka, podniebieniu twardym i migdałku prawym — lśniące, szkliste naloty, nie ostro przechodzące na otaczające tkanki. Gruczoły szyjne nie powiększone.

Przypadek III. W. G. 10 mies. W jamie ustnej białe plamki, lekki obrzęk śluzówek, dziąseł i języka. W dniu przyjęcia do szpitala obrzęk znacznie się zwiększył. Rozpoznanie: krup, oedema linguae, status gravis. Stan dość ciężki. Dziecko stale ma otwarte usta. Język wysunięty, silnie obrzękły, pokryty licznymi, drobnymi owrzodzeniami, które są pokryte szarawymi błonami. Język nie mieści się w jamie ustnej. Na błonie śluzowej jamy ustnej, pod językie, na podniebieniu i migdałkach również brudno-szarawe błony. Ślinociek, gruczoły podszczękowe obustronnie powiększone, wielkości śliwki. Z nalotów języka i wydzieliny z gardła wyhodowano liczne laseczniki błonicy.

Przypadek IV. Ch. K., 3 lata. Gruczoły chłonne szyjne i podszczękowe nie powiększone. Na błonie śluzowej policzka prawego, tuż przy migdałku błona szaro-biaława, nie ostro od otoczenia odgraniczona. Na błonie śluzowej policzka lewego identyczna błona. Migdałki obrzękłe, zaczerwienione. Nalotów brak. Błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona. Błony na policzkach wyraźnie odgraniczają się od otaczającej je zdrowej tkanki, wyraźnie kurczą się, rozpadają się i znikają. Z ropy wyhodowano laseczniki błonicy.

Przypadek V. K. S., 2 lata. Na bóle w gardle nie narzeka. Skierowana do szpitala z rozpoznaniem zapalenia płuc, obustronnego zapalenia ucha,

zapalenia dziąseł i jamy ustnej. Błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli żywo zaczerwieniona. Na obu migdałkach — lśniące szkliste naloty, ograniczone do powierzchni migdałków. Naloty również na powierzchni języka i na wardze dolnej po stronie wewnętrznej. Nadżerki w kątach ust.

Wszystkie przypadki można podzielić na *dwie* zasadnicze grupy: *grupę błonicy pierwotnej jamy ustnej* (przyp. 1) i *grupę błonicy wtórnej jamy ustnej* (przyp. 2, 3, 4, 5). Przypadek 5 przebiegał z objawami septycznymi Wszystkie przypadki *błonicy pierwotnej* jamy ustnej, opisane w piśmiennictwie, miały przebieg b. ciężki. Finkelstein twierdzi, że są one zwykle powikłane niedomogą serca i kończą się zejściem śmiertelnym. Przypadki *błonicy wtórnej* zasługują na uwagę ze względu na rzadko spotykany objaw obrzęku języka, który spostrzegano w przypadku 2 i 3-im.

K.

Dr. Lande Antoni, Warszawa.

Działanie bakteriobójcze śliny. „Medycyna Doświadczalna i Społeczna". Odb. T. XXIII, zesz. 1 — 2 r. 1938.

Zagadnieniu, czy ślina posiada własności bakteriobójcze, poświęcono szereg prac. Prace te doprowadziły do stworzenia pojęcia *inhibin*. Przez inhibiny rozumie Dold, Weigmann i inni zawarte w świeżej ślinie ciała bakteriobójcze o strukturze białkowej, ciepłochwiejne, nieprzesączalne. Ciała te reagują nieswoiście z najrozmaitszymi drobnoustrojami; badano ich wpływ w stosunku do streptokoków, pneumokoków, maczugowców błonicy i szeregu innych bakterii. Zawartość inhibin u różnych osobników bywa rozmaita i podlega wahaniom z przyczyn bliżej nieustalonych.

Cały dotychczasowy wysiłek szkoły niemieckiej szedł w kierunku dokładnego wyjaśnienia istoty inhibin, natomiast sprawie immunobiologicznego znaczenia własności bakteriobójczych śliny nie poświęcono zupełnie uwagi. To też, czytając dotychczasowe prace, trudno się zorientować, czy inhibiny odgrywają jakąkolwiek rolę w mechaniźmie obronnym ustroju czy też idzie tu tylko o zjawisko, występujące jedynie in vitro bez żadnego znaczenia dla organizmu. Wyrazem niedoceniania tej części zagadnienia będzie liczba osobników, przebadanych przez poszczególnych autorów: waha się ona w granicach zaledwie od 4 do 11 przypadków. Zaobserwowane przez wszystkich prawie badaczy indywidualne wahania w zawartości inhibin nie znalazły w pracach tych żadnego uzasadnienia.

To też, pragnąc odpowiedzieć na szereg pytań dotyczących pochodzenia, ostoty, a przede wszystkim *znaczenia* inhibin dla ustroju, autor postanowił podejść do tematu od strony odmiennej:

Przebadano ślinę ponad 150 osobników na obecność inhibin. Równocześnie sprawdzano stan uzębienia i wygląd migdałków. Ponieważ większą część materiału badanego stanowiły dzieci, pochodzące z zamkniętego za-

kładu (sierocińca), udało się dokładnie ustalić, czy przechodziły one choroby zakaźne i jakie. W wywiadach uwzględniono jedynie błonicę, płonicę i anginy, ograniczając się świadomie do chorób, dla których wrota zakażenia leżą w jamie ustnej. Badano metodą probówkową wpływ śliny na maczugowce błonicy, poddając bakterie 24-godzinnemu działaniu śliny w cieplarce.

Badania te doprowadziły do następujących wniosków:

1. Ślina wykazuje własności bakteriobójcze silnie zaznaczone w 20 — 25% przypadków.

2. Częstość występowania inhibin nie jest związana z wiekiem.

3. Mechanizm bakteriobójczego działania śliny może być dwojaki:

a) *może być zależny od obecności drobnoustrojów antagonistycznych* — w materiale autora w połowie wypadków, kiedy ślina wykazała własności bakteriobójcze, stwierdzono w niej drożdże. Badania, przeprowadzone in vitro, wykazały silny antagonizm drożdży w stosunku do błonicy; wzrost błonicy ulegał zahamowaniu ,a pojedyncze ocalałe kolonie wykazywały charakterystyczny wygląd o nadżartych, wyjedzonych brzegach. Obecność tych *drożdżowych inhibin* w ślinie nie dawała się powiązać ani ze stanem migdałków, ani z mniejszą zapadalnością na wyżej wymienione choroby zakaźne; co najwyżej inhibiny drożdżowe występowały częściej u osobników z gorszym uzębieniem.

b) może być zależny od obecności *inhibin właściwych:* istnieją one wyrażone w słabym stopniu u wszystkich osobników, zaś u 10 — 15% występują w ilości znacznie zwiększonej. W rozmieszczeniu ich dostrzega się bardzo ciekawe zjawisko: istnieje wybitna korelacja między zapadalnością na określone choroby zakaźne a brakiem inhibin w ślinie.

Zatem badania, przeprowadzone na szerszym materiale, pozwoliły ustalić, że własności bakteriobójcze śliny odgrywają dość znaczną rolę w procesach obronnych ustroju i że ⅓ dzieci, które nie chorowały ani na błonicę, ani na płonicę, ani na anginy zawdzięcza to — przypuszczalnie — nie odporności uzyskanej drogą zakażeń ustajonych, *ale właśnie obecności inhibin w ślinie.*

Drugim punktem, na który do pewnego stopnia dały odpowiedź badania autora, jest *kwestia pochodzenia inhibin.* Obecność ich nie daje się powiązać ani z wiekiem, ani ze stanem uzębienia. Również u dzieci szczepionych nie występują częściej, aniżeli wśród dzieci nieszczepionych. Odnosi się natomiast wrażenie, że wpływ na te sprawy mają *migdałki.*

Szkoła Miecznikowa przypisywała własności bakteriobójcze śliny działaniu zawartych w niej fagocytów; Dold — nie wypowiadając się zresztą wyraźnie — widzi w inhibinach pierwotną funkcję śliny.

Z badań autora wynika, że inhibiny występują częściej u osobników ze zdrowymi migdałkami niż u osobników o chorych migdałkach.

Związek przyczynowy między migdałkami a inhibinami może być dwojaki: a) albo inhibiny są też wytworem migdałków — co stanowi koncepcję najprostszą w duchu Miecznikowa lub:

b) własności bakteriobójcze śliny tworzą pierwszą linię obronną ustroju; drugą linią obronną jest pierścień limfatyczny Waldeyera, trzecią — przeciwciała normalne we krwi; dopiero przerwanie pierwszej linii obronnej ustroju może wciągnąć migdałki w walkę z wrogiem i wtórnie wywołać w nich zmiany chorobowe; *uszkodzenie migdałków byłoby więc nie przyczyną, ale następstwem braku inhibin.*

Wywody:

1) stwierdzono istnienie w ślinie inhibin drożdżowych, ujawniających swe działanie in vitro i nie posiadających znaczenia immunobiologicznego.

2) u ponad 10% ludzi wykazano obecność silnych inhibin właściwych, które:

a) występują prawie że wyłącznie u dzieci, które nie chorowały ani na błonicę, ani na płonicę, ani na anginy.

b) wykazują związek z prawidłowym stanem migdałków.

c) występują niezależnie od wieku i uzębienia.

ODGŁOSY.

SPRAWA ŚWIADECTW LEKARSKICH Z UWZGLĘDNIENIEM LEKARZY-DENTYSTÓW.

W praktyce lekarsko-dentystycznej sprawa wystawiania pacjentom świadectw dla różnych celów, aczkolwiek różni się od sprawy świadectw lekarskich, t.j. wystawianych przez lekarzy, nosi jednak pewne wspólne cechy. Z drugiej strony, jak mogliśmy się przekonać, szastanie świadectwami przez lekarzy-dentystów oraz „sposoby" wystawiania ich, lekceważenie przyjętych form i obowiązujących przepisów prawnych, każą nam poważnie nad tą sprawą się zastanowić. Na niektóre formy zwróciliśmy już uwagę; swoją oryginalnością nie tylko zasługują na zaznaczenie, lecz nieraz kompromitują nasz zawód, zwłaszcza gdy dostają się do różnych instytucji, dla których są przeznaczone. Nic też dziwnego, że celu nie osiągają i zwykle wrzucane są do kosza, tym samym szkodząc danej sprawie. Nad tą b. drażliwą sprawą nie należy więc przejść do porządku dziennego.

Spotykano nieraz „oryginały" tego rodzaju „świadectw" dentystycznych, lub też odpisy tychże, również t.zw. „zaświadczenia", składane do Urzędów Skarbowych w różnych sprawach. Chaos, panujący pod tym

względem w naszym zawodzie, oraz małe zainteresowanie większości przedstawicieli sprawami zawodowymi zmuszają nas do zabrania głosu.

Jakie np. wrażenie czynią świstki papieru, oderwańce, druki receptowe o głośnych tytułach z dodatkiem ową wieczną literą „b“ (były), nabazgrane nieczytelnie, nawet z bykami (!), nie mówiąc o przestrzeganiu pisowni (każdemu wolno być jej zwolennikiem lub też nie), z kleksami, zamazanymi pieczątkami, bez stwierdzenia osoby, dla której wystawiono „dokument“ (!), wyraźnie lekceważąco ujęta forma, bez najelementarniejszego przestrzegania formy prawnej? Prawda, wszystkie te cechy charakteryzują inteligencję „wystawcy“, fakty te jednak są uogólnione i czynią krzywdę moralną zawodowi. Każdy poszczególny przypadek jest odpowiednio komentowany i tworzy opinię.

Interweniując od czasu do czasu w tej sprawie wśród kolegów i zwracając uwagę na nietaktowne postępowanie owych „wystawców“, otrzymaliśmy, niestety, „odprawę“, co *należycie* charakteryzuje kulturę „wystawców“ i ich poglądy na porządek społeczny. Takich umysłów, rzecz prosta, nikt nie przekona. Również chęć udzielania wskazówek wobec zarozumiałości niektórych nie jest „mile“ widziana...

Świat lekarski porusza często sprawę świadectw, zwracając uwagę na *formę i przepisy prawne*. Była ona też tematem rozpraw pism lekarskich, omawiających sprawy zawodowe świata lekarskiego, które nie są obojętne i mniej ważne, niż sprawy naukowe, bowiem są to sprawy żywotne, sprawy życia powszedniego ogółu przedstawicieli zawodu lekarskiego.

„Lekarz Polski“ (nr. 12 r. 1932), szerzej omawiając tę sprawę, zaznacza m.in. co następuje:

„Co pewien czas powstaje w prasie codziennej kampania przeciwko lekarzom z powodu wydawania przez nich fałszywych świadectw, kampania często bardzo ostra i obraźliwa dla ogółu lekarskiego. W sądach wyszydzają świadectwo lekarskie, nie przywiązują do niego większej wagi. Objawy te dowodzą, że wartość świadectwa lekarskiego, jako dokumentu urzędowego, spada coraz niżej, szacunek dla niego bliski już jest wartości zerowej. Oczywiście, dojście do tego stanu musiały poprzedzić przyczyny, które je wywołały. I jeśli staniemy na stanowisku, że świadectwo lekarskie, wydane przez człowieka, upoważnionego ustawą państwową do jego wydania, ma mieć wartość realną, że podpis, położony na świadectwie, ma stwierdzać jego prawdziwość, że samo świadectwo ma być dokumentem, na którego podstawie są dokonywane inne czynności nie rzadko niezmiernej wagi, to w konsekwencji musimy wytężyć wszystkie siły, by utracony autorytet świadectwa lekarskiego powrócić. Droga do przywrócenia tego autorytetu prowadzi przez zanalizowanie przyczyn jego utraty i usunięcie tych przyczyn.

Byłoby grubą przesadą i niesprawiedliwością sądzić, że deprecjację

świadectw spowodowali tylko lekarze przez niesumienne ich wystawianie. W rzeczywistości bodaj najmniejszą winę obecnego stanu oni ponoszą. Fakt, że wśród tysięcy świadectw znajdzie się procent świadomie sfałszowanych, nie poderwałby autorytetu samego świadectwa, tym bardziej, że fałszywe świadectwa o ile są wystawiane w sprawach ważnych są przeważnie ujawniane i ścigane.

Autorytet świadectw lekarskich poderwały setki, jeśli nie tysiące wystawiających ten dokument i komu wystawiony został; dokładnie wiedzą, że jest fałszywy, ale że wytworzona sytuacja zmusiła do wystawienia takiego świadectwa, gdyż innego wyjścia nie było. Są to świadectwa t.zw. *formalne*. Świadectwo takie stanowi jeden z wielu zbędnych dokumentów, lekceważanych przez publiczność, wymaganych przez władze, jako niezbędny załącznik przy załatwianiu wielu spraw.

Stosunek lekarza i publiczności do tego rodzaju świadectw jest identyczny ze stosunkiem do jakiejś niewytłumaczonej formalności, w gruncie rzeczy zbędnej, do której załatwienia w myśl obowiązujących przepisów jest powołany lekarz. Ustawodawca w wielu przypadkach uprościł sobie zadanie. Nie chciał uznać najrozmaitszych sytuacji życiowych, bojąc się widocznie ich nadużywania, a tłumaczących dostatecznie takie czy inne postępowanie zainteresowanego. Wprowadził natomiast świadectwo lekarskie. Urzędnik prosi o zaliczkę na pensję, do czego zmusza go choćby pokrycie zobowiązań zaciągniętych. Sama konieczność pokrycia tych zobowiązań nie otwiera mu kasy. Usłyszy od swego przełożonego radę: proszę przedstawić świadectwo lekarskie, że zaliczka potrzebna jest na leczenie któregokolwiek z członków rodziny. Wtedy ją uzyska. Pracownik czuje się niedysponowany i nie przyjdzie do pracy. Żąda się od niego świadectwa lekarskiego, gdyż jego oświadczenie jest niewystarczające. Gdyby lekarz napisał, że według interesowanego czuł się on niezdolnym do pracy, takie świadectwo byłoby nieprzyjęte. Musi on napisać, że stwierdził jakąkolwiek chorobę, choćby jej nie mógł w rzeczywistości stwierdzić, wtedy pracownik nie traci posady.

Niestawiennictwa na wezwanie sądu nie usprawiedliwia oświadczenia, że wezwany odczuwał silny ból głowy lub stawów, usprawiedliwi natomiast świadectwo lekarza, który tych bólów przedmiotowo stwierdzić nie może i musi opierać się wyłącznie na oświadczeniu badanego. Przykładów takich przytoczyć możnaby mnóstwo. Lekarz zmuszony jest występować w nich w roli dziwacznej i dla siebie niezmiernie przykrej, a zmuszony do niej przez zarządzenia, wywołujące potop świadectw, który siłą rzeczy powoduje ich deprecjację.

Powiedzmy prawdę: czy każdy lekarz nie był w takiej sytuacji, że, chcąc ratować bardzo ważne życiowe jednostki czy rodziny, z czystym

sumieniem wystawić musiał fałszywe świadectwo, jako jedyny środek ratunku?“...

Kwestią świadectw lekarskich zajmuje się Ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej (art. 22 K. K.) i Kodeks Deontologii Lekarskiej.

Najszerzej ujmuje tę sprawę Ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Między innymi lekarz może wystawić świadectwa stanu zdrowia tylko na podstawie uprzedniego badania, dokonanego osobiście. Kodeks Deontologii Lekarskiej interpretuje pojęcie *poprzedniego badania* w ten sposób, że wydawanie świadectwa lekarskiego jest jedynie dozwolone na podstawie bądź bezpośredniego, bądź dawniejszego zbadania chorego — w ostatnim przypadku z zaznaczeniem, kiedy badanie było przeprowadzone. W każdym świadectwie zdrowia winien lekarz:

a) wskazać cel jego badania oraz na czyje ręce i na czyje żądanie je wydał,

b) dokładnie wymienić swoje imię, nazwisko i adres, jak również imię i nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania i sposób stwierdzenia tożsamości osoby badanej,

c) zaznaczyć rozpoznanie choroby oraz podać datę dokonanego przez siebie badania...

Rozpoznanie choroby może lekarz opuścić, jeśli ze względu na cel wydania świadectwa lekarz uzna umieszczenie rozpoznania w świadectwie nasuwa wątpliwość co do zachowania tajemnicy lekarskiej. W tych przypadkach ustawa pozwala lekarzowi postąpić co do rozpoznania choroby według swobodnego uznania. W razie przekroczenia przepisów tego artykułu a) wydanie świadectwa lekarskiego bez uprzedniego badania, lub dokonanego osobiście względnie niezachowania w osnowie świadectwa przepisów tego artykułu, władza administracji ogólnej może wymierzyć grzywnę do 1000 zł., a w razie jej nieściągalności karę aresztu zastępczego najwyżej do 4 tygodni, jednak skazany lekarz ma prawo wniesienia odwołania do orzeczenia tej władzy do Sądu Okręgowego w terminie 7 dni od daty doręczenia orzeczenia.

Kodeks Karny w art. 192 postanawia: *osoba publicznego zaufania (tą jest mierniczy przysięgły, notariusz i komornik), jako też lekarz, weterynarz lub położna, poświadczającą nieprawdę* co do *okoliczności, mających znaczenie prawne, podlega karze więzienia do lat 2 lub aresztu do lat 2. Tej samej karze podlegają używający takie świadectwa.* Jeżeli więc świadectwo o takiej treści wystawiono np. dla celów towarzyskich, bez następstw prawnych, czynność taka będzie bezkarna. Dlatego też Ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej żąda, by świadectwo zawierało podanie *celu jego wydania.* Chociaż w takim przypadku czyn będzie bezkarny, może sąd dyscyplinarny Izby Lekarskiej, jako stojący na straży etyki i zachowania godności stanu lekarskiego nie tylko w życiu za-

wodowym, ale także prywatnym i publicznym, pociągnąć tego lekarza do odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Nie podlega jednak karze, kto wyłudza poświadczenie nieprawdziwe przez podstępne wprowadzenie w błąd lekarza, gdyż nie jest on ani urzędnikiem, ani osobą publicznego zaufania. I tu znów można stwierdzić upośledzenie stanowiska lekarza w stosunku do stanowiska urzędnika, lub osoby publicznego zaufania, od których wyłudzenie nieprawdziwego poświadczenia jest karalne. Jednakowoż osoba, używająca świadomie świadectwa lekarskiego, zawierającego nieprawdę co do okoliczności, mających znaczenie prawne, podlega karze. Dlatego też lekarz winien we własnym, dobrze zrozumianym interesie zaznaczyć w świadectwie lekarskim w myśl Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej — *na czyje żądanie i na czyje ręce świadectwo to wydaje.*

Izba Lekarska w Krakowie w sprawie wydawania świadectw przez lekarzy wydała następujący komunikat:

„Zarząd Izby Lekarskiej w Krakowie uchwalił na posiedzeniu w dniu 13.X.1933 r. z uwagi na mnożące się przypadki pociągania lekarzy do odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej za niewłaściwe wystawianie świadectw lekarskich zwrócić uwagę lekarzy na brzmienie art. 192 Kodeksu Karnego (Dz. U. R. P. Nr. 60 poz. 571) oraz art. 22 Rozporządzenia Prezydenta Rzp. z dnia 25.9.1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz U. R. P. Nr. 81 poz. 712).

Art. 192 Kodeksu Karnego brzmi:

§ 1. Osoba publicznego zaufania, jako też lekarz, weterynarz lub położna, poświadczający nieprawdę co do okoliczności, mającej znaczenie prawne, podlega karze więzienia do lat 2 lub aresztu do lat 2.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto takiego świadectwa używa.

Art. 22 Rozporządzenie Prezydenta Rzp. z dnia 25.9.1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej brzmi:

1. Lekarz może wydawać świadectwa stanu zdrowia tylko na podstawie uprzedniego badania, dokonanego osobiście.

2. Za wydanie świadectwa lekarz ma prawo pobierania odpowiedniej należności, ustalonej w trybie art. 21.

3. W każdym świadectwie zdrowia lekarz winien: a) wskazać cel jego wydania oraz na czyje ręce i na czyje żądanie je wydał, b) dokładnie wymienić swoje nazwisko, imię i adres, jak również imię, nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania i sposób stwierdzenia tożsamości osoby badanej, c) zaznaczyć rozpoznanie choroby oraz podać datę dokonanego przez siebie badania.

4. Rozpoznanie choroby może być opuszczone, jeżeli ze względu na cel wydania świadectwa lekarz uzna je zbyteczne lub, jeżeli umieszczenie roz-

poznania w świadectwie nasuwa wątpliwości co do zachowania tajemnicy lekarskiej w myśl art. 15.

Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 1935 r. N. I. K. 80/35 w sprawie odpowiedzialności lekarza za wystawianie dokumentu nieprawdziwego z chęci zysku postanawia:

Na mocy art. 192 Kodeksu Karnego osoba publicznego zaufania, jako też lekarz, weterynarz lub położna, poświadczający nieprawdę co do okoliczności, mającej znaczenie prawne, podlega karze więzienia do lat 2 lub aresztu do lat 2.

Jeżeli lekarz poświadcza nieprawdę co *do stanu zdrowia pacjenta z chęci otrzymania za to wynagrodzenia, popełnia przestępstwo z chęci zysku, przy czym do uznania, że przestępstwo popełnione z chęci zysku konieczne jest tylko ustalenie, że pobudką działania sprawcy była chęć osiągnięcia korzyści materialnej, nie jest natomiast konieczne, aby zamierzona lub osiągnięta przez sprawcę korzyść majątkowa, przekraczała normalne świadczenie, przypadające za tego rodzaju czynność, a więc normalnego wynagrodzenia, przypadającego lekarzowi za wydanie świadectwa o stanie zdrowia. W tym przypadku należy oskarżonemu wymierzyć karę więzienia w myśl art. 57 § 1 Kod. Kar. i nadto grzywnę na mocy art. 42 Kod. Kar.*

Należy tu też wzmiankować o Rozporządzeniu Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 12 lipca 1920 r. w przedmiocie urzędowych świadectw zdrowia, wydane na mocy art. 2 p. 24 Zasadniczej Ustawy Sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz. Pr. P. P. Nr. 65 poz. 371. Rozporządzenie to ogłoszone w Dz. Ust. Rzp. P. Nr. 58 z dnia 20 lipca 1920 r. poz. 365 (Monitor Polski Nr. 169 z dnia 29 lipca 1920 r.), a następnie uzupełnione i zmienione w Rozporządzeniu b. Min. Zdrowia Publicznego z dnia 3 września 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 89 z dnia 12 listopada 1921 r. poz. 633, podp. Min. Dr. W. Chodźko, Monitor Polski Nr. 273 z dnia 30 listopada 1921 r), aczkolwiek dotyczy zaświadczeń urzędowych, jednak w myśl art. 5 może zetknąć się z lekarzem prywatnym: *„W razach, kiedy dla wydania urzędowego świadectwa zdrowia konieczne byłoby dostosowanie badania przez specjalistę, urząd winien oświadczyć o tym na piśmie władzy, która żądała wydania świadectwa (art. 3) względnie osobie zainteresowanej (art. 4)“.*

Że spośród różnych specjalności lekarskich nasza specjalność wchodzić może również w grę, samo przez się rozumie.

Przepisy powyższe bezwzględnie odnoszą się też do *lekarzy-dentystów, będących również „osobami publicznego zaufania“.*

Często też w sprawach uzyskania świedectw dla różnych celów interwencja skierowywana jest i do nas. Czynią to stali nasi pacjenci jak również obcy; związane jest z chorobami narządu zębowego i powikła-

niami szczękowymi. Interwencja ta dotyczy przeważnie świadectw sądowych, obdukcji po urazach z pobicia i wypadków, świedectw szkolnych również zaświadczeń, wydawanych przez lekarzy-dentystów technikom dentystycznym dla Urzędów Skarbowych jak również przy stwierdzeniu wykroczeń, związanych z wykonywaniem ich pracy dla przedstawienia władzom nadzorczym. Jeżeli np. świadectwa dotyczą spraw sądowych lub szkolnych (dla dzieci), to wiarogodność (stan rzeczy) może być sprawdzony przez lekarza sądowego z rzędu lub lekarza szkolnego.

Okropnie przedstawiają się świadectwa, dotyczące różnego rodzaju uszkodzeń zębów i szczęk (rozmyślnych, lub przypadkowych). Wprost horendalnie wyglądają świadectwa, wystawiane dla techników o korygowaniu ich wykroczeń lub dla Urzędów Skarbowych, stwierdzające jakoby dana osoba „pracuje“ dla N. N. i „zarobiła“ w ciągu pewnego czasu tyle-a-tyle. Zbiegiem okoliczności w ciągu kilku lat spotykaliśmy się z takimi świadectwami, wystawianymi przeważnie przez lekarki-dentystki. Lekceważący Urząd świstek papieru, nieraz brudnawy, a nawet brudny, nabazgrany, jak to mówią „na kolanie“, błędami, przedstawiony jest instytucji państwowej! Z narzuconej treści wywnioskować można nieraz o fikcji takiego „formalnego“, prawdopodobnie „grzecznościowego dokumentu“. Nic dziwnego, że Urzędy Skarbowe ironizują i lekceważą te nieraz bezmyślne „dokumenty“, wystawione jakoby przez ludzi kulturalnych i pretendujących na wyższe szczeble społeczne. O ile w bieżącej kadencji świstki tego rodzaju nadal napływane będą do Urzędów Skarbowych, wpłyniemy, aby je skierować do Izby Lekarsko-dentystycznej dla należytego postępowania. Sądzimy, iż uczynią to też inni biegli, wystawieni przez nasze Izby L. d. Z kompromitacją zawodu walczyć musimy. Ogół niesłusznie traci na opinii na skutek niewłaściwego postępowania jednostek. Niewłaściwe też jest „wystawianie“ świedectw na druczkach receptowych z wyszczególnieniem stanowisk „byłych“ i niebyłych, obfitego menu wydajności pracy wystawcy. Instytucje wojskowe słusznie kierują te „dokumenty“ do władzy administracyjnych dla postępowania karno-administracyjnego. W konkluzji zaznaczamy:

Świadectwa muszą być pisane pismem wyraźnym, a podpis wystawcy zależnie od celu świadectwa odpowiednio poświadczony przez władzę lekarską, lub administracyjną I instancji lub też rejentalnie, przez Izbę Lek.-dentystyczną (zrzeszenia lek.-dentystyczne z tych praw nie korzystają).

Wskazane byłoby przygotowanie przez Izbę Lekarsko-dentystyczną odpowiednio zredagowanych druków, które należałoby wypełnić stosownie do przypadku w myśl powyższych wymagań prawnych. Druczki te mogłyby być też sprzedawane na jakiś cel. Jest to racjonalny sposób rozwiązania omawianej ważnej sprawy.

Nieumiejętne i nieprawidłowe wystawianie świadectw o charakterze prawno-publicznym, zaznaczamy, kompromituje zawód i w interesie każdego nie może być lekceważone. Niezależnie od tego pociąga za sobą postępowanie karne, o czym mówiono wyżej. K.

Rozporządzenia Władz.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 16 stycznia 1939 r.

O stosowaniu leków przez lekarzy-dentystów.

Dz. Ust. Nr. 7 r. 1939 z dn. 30 stycznia.

Na podstawie art. 26 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. z 1934 r. Nr. 4, poz. 32) zarządzam co następuje:

§ 1. Lekarze - dentyści, mający prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, mogą stosować oraz zapisywać w postaci recept środki lecznicze, zmierzające do leczenia chorób jamy ustnej i zębów, objęte Farmakopeą Polską i szczególnymi rozporządzeniami.

§ 2. (1) Lekarze-dentyści mogą wystawiać zapotrzebowania na środki odurzające tylko do stosowania ich przez siebie samych.

(2) Zapotrzebowania na środki odurzające oprócz nazwy i oznaczenia ilości powinny zawierać:

a) własnoręczny podpis i jego wyraźną odbitkę,
b) adres lekarza - dentysty,
c) datę wystawienia zapotrzebowania i
d) napis: „do stosowania we własnej praktyce“.

§ 3. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Opieki Społecznej

Marian Zyndram Kościałkowski

UWAGA W SPRAWIE DOZWOLONEJ ILOŚCI ZAPISYWANYCH ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH.

Jako wyjaśnienie, dotyczące stosowania środków odurzających przez lekarzy-dentystów (§ 2 (1) Rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 10 stycznia 1939 r., Dz. Ust. R. P. Nr. 7 z dnia 30 stycznia 1939 r.

— p. wyżej), podajemy co następuje. Czynimy to chociażby z tego powodu, iż Rozporządzenie jest niewłaściwie komentowane nawet przez niektórych naszych działaczy („wydawanie bez ograniczenia“).

Nie wiadomo, jak się ustosunkować do tych przypadków nieraz b. ciężkich, szczególnie po zabiegach chirurgicznych (ekstrakcjach np. z silnymi bólami następczymi z tego lub innego powodu), w których wszelkie związki barbiturowe lub inne mimo „zapewnień“ niektórych nie skutkują, gdy tymczasem narkotyk grupy makowca bez różnicy nazwy jest w tych razach b. pomocny. Fakty tego rodzaju chyba są dobrze znane chociażby z czasów przedwojennych, kiedy dysponowaliśmy tymi lekami. I obecnie takie przypadki zdarzają się! Pozostawiamy tę sprawę do omówienia, spodziewając się, iż nastąpią pewne wyjaśnienia.

Nadmieniamy, iż nie kokaina jedynie mogła wchodzić w rachubę w dążeniach do wydania wymienionego rozporządzenia władzy nadzorczej. Mamy różne poglądy na tę konieczność, mamy też różne środki, które w działaniu w naszych zabiegach mogą zastąpić ten preparat, którego prócz własności swoistych wpływ na naczynia krwionośne jest pożądany (np. okulistyka, laryngologia). Swego czasu ciągnęła się polemika w sprawie tej konieczności: potrzebna czy nie potrzebna kokaina w zębolecznictwie, po obu stronach walki widzieliśmy powagi, których poglądy były niejednakowe.

Co się tyczy twierdzeń „wydawania bez ograniczenia“, jest to dowód braku kompetencji.

Zapisywanie środków odurzających normowane jest Ustawą o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Odpowiednie Rozporządzenie Min. Op. Społ. (z dn. 30.I.1934 r.) w § 10 (3) pozwala na zapisywanie środków odurzających — inclusive, kokaina — w ilości, nie przekraczającej dziesięciokrotnie najwyższej dawki lekarskiej. W myśl tego *nie wolno zapisywać więcej niż 0,3 np. kokainy jednorazowo.*

Wyjaśnienie Ministerstwa Op. Społ., zawarte w reskrypcie z dnia 6.X 1934 r. znak 17 (a) 5/54, podtrzymuje powyższe dawkowanie przy wprowadzeniu leków odurzających *do wewnątrz,* określa najwyżej dozwolone zapisywanie środków odurzających do maści, pędzlowań i innych leków zewnętrznych na dziesięciokrotne użycie danego leku.

Apteka może zakwestionować receptę, o ile w sygnaturze nie jest podany sposób użycia (do użytku zewnętrznego) i dawkowania wzgl., o ile z dawkowania wynika, że ilość jest większa, niż dziesięciokrotnie. Identycznie sprawa przedstawia się z kwestionowaniem recepty przez wizytatora farmaceutycznego.

K.

CZY NIECZŁONKOM IZB LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH PRZYSŁUGUJE PRAWO WYSTAWIANIA RECEPT?

Osoby, posiadające kwalifikacje lekarskie resp. lekarsko-dentystyczne. a nie będące członkami Izby Lekarskiej resp. Izby Lekarsko-dentystycznej, są co do prawa wykonywania praktyki lekarskiej resp. lekarsko-dentystycznej zrównani z osobami, nie mającymi żadnych kwalifikacji lekarskich resp. lekarsko-dentystycznych.

Osoby, nie wpisane na listę członków Izb Lekarskich resp. Izb Lekarsko-dentystycznych, w żadnym przypadku nie mogą wystawiać recept, bowiem receptą w myśl § 2 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dn. 28.VIII.1930 r. o wydawaniu z aptek środków lekarskich (Dz. Ust. poz. 30) jest „pisemne upoważnienie do otrzymania z apteki jakiegokolwiek środka, zaordynowanego choremu przez *lekarza, lekarza-dentystę, lekarza weterynaryjnego lub felczera, uprawnionych do wykonywania praktyki*"...

Rejestracja, dokonywana przez wojewódzkie władze administracji ogólnej, nie ma dla omawianej kwestii żadnego znaczenia prawnego. Rejestracja bowiem i towarzyszące jej wydanie petentowi zaświadczenia o uprawnieniu wykonywania praktyki lekarskiej jest jedynie formalnością, poprzedzającą i warunkującą wpis na listę członków Izby Lekarskiej resp. I. Lekarsko-dentystycznej. „Lekarz może rozpocząć wykonywanie praktyki lekarskiej od dnia zgłoszenia się do Izby Lekarskiej" — głosi art. 6 ust. 2 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczpospolitej. Z faktem rejestracji prawo nie wiąże żadnych — choćby ograniczonych uprawnień do wykonywania praktyki lekarskiej.

Samo przez się rozumie, że wykonywający praktykę lekarsko-dentystyczną nieprawnie na całym terenie Polski nostryfikanci (nostryfikujący swój dyplom na Ak. Stom.), dyplomanci zagranicznych uczelni lub nieukończeni, a nawet studenci tychże uczelni, studenci resp. studentki Ak Stom., absolwenci (nie otrzymawszy jeszcze dyplomu) — czy to samodzielnie jako firmanci techników dentystycznych, asystenci resp. asystentki lub zastępcy sezonowi lub niesezonowi, pracujący nota bene za mizerne wynagrodzenie, odpowiadające swemu „szefowstwu" i umożliwiające temuż niesumiennie konkurować z solidnymi praktykami przez obniżenie cen, nie mogą korzystać z wystawiania recept do aptek. Jeżeli takie przypadki zdarzają się, jak o tym komunikują, jest to sprawa aptek, które muszą zwracać uwagę na formę wystawienia recepty (druczek z obowiązującymi danymi), podpis i w przypadku wątpliwym — sprawdzić nazwisko. Wszelkie wykroczenia winny być odpowiednio traktowane.

Uważamy, iż racjonalnie byłoby, aby Naczelna Izba Lekarsko-dentystyczna ustaliła jednolitą formę druczków receptowych, zawierających wszelkie wymagane dane (również nr. telefonu). K.

Orzeczenia Sądów.

BEZPŁATNE WYKONYWANIE ZABIEGÓW DENTYSTYCZNYCH.

Dentysta X został skazany wyrokiem Sądu Okręgowego w Z... na mocy art. 27 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 roku (Dz. Ust. poz. 476/27) za wykonywanie praktyki dentystycznej bez odpowiedniego zezwolenia władzy na 200 zł. grzywny.

Złożona od powyższego kasacja żądała uchylenia wyroku z powodu obrazy art. 377 Kod. Post. Karnego: a) przez przeistoczenie w uzasadnieniu wyroku wyjaśnienia oskarżonego, albowiem sąd uznał, że nie zaprzecza on prawdziwości zarzutu uprawiania praktyki dentystycznej, wówczas gdy przyznał on jedynie, że czasami wykonywał zabiegi dentystyczne swym znajomym bezpłatnie, co, zdaniem kasacji, nie podpada pod pojęcie praktyki dentystycznej; b) przez niesłuszne zastosowanie przepisu, zawartego w art. 1 Rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dn. 10 czerwca 1927 roku, albowiem przepis ten nie dotyczy oskarżonego, gdyż nie ukończył on zakładu naukowego w Polsce, zajmował się zaś praktyką dentystyczną na terenie b. cesarstwa rosyjskiego.

Twierdzenie kasacji, że bezpłatne wykonywanie sporadycznych zabiegów dentystycznych znajomym nie może być uważane za praktykę dentystyczną, jest nieścisłe, jak bowiem wynika z art. 1 powołanego Rozporządzenia, określającego osoby, które mogą zajmować się praktyką, uważane jest za praktykę wykonywania różnych zabiegów lekarskich i techniczno-dentystycznych. Skoro zatem oskarżony przyznał się, że czynił zabiegi felczersko-dentystyczne swoim znajomym, to ustalenie sądu, że oskarżony nie zaprzeczył prawdziwości zarzutu uprawiania praktyki dentystycznej, nie stanowi przeinaczenia jego wyjaśnień, stosunek bowiem osobisty wykonywującego praktykę do pacjentów, jak również niepobieranie honorarium stanowi z punktu widzenia art. 1-go Rozporządzenia — okoliczność całkiem obojętną.

Prok. St. Czerwiński.

CZY UMOWA KASY CHORYCH Z PRYWATNYM ZAKŁADEM DENTYSTYCZNYM STWARZA „STOSUNEK PRACY“.

Umowa, zawarta przez Kasę Chorych z prywatnym zakładem dentystycznym, mocą której Kasa Chorych miała posyłać ubezpieczonych do tego zakładu, celem dokonywania zabiegów leczniczych, płacąc wynagrodzenie za poszczególne zabiegi, jest umową o dzieło, a nie umową o pracę.

chociażby nawet stosowanie do postanowień zawartej umowy właściciel zakładu dentystycznego musiał stosować się do instrukcji i okólników Kasy Chorych.

(Orzeczenie Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 11 maja 1937 r. C II Nr. 443).

Uzasadnienie.

Sąd Najwyższy rozważył co następuje:

a) że w myśl zawartej umowy pomiędzy Kasą Chorych a zakładem dentystycznym ustalono, że pozwana Kasa Chorych miała pacjentów celem zabiegów dentystycznych odsyłać do zakładu dentystycznego powoda i płacić mu wynagrodzenie jednostkowe wedle wykonanych czynności,

b) że ustalenie powyższego wykazuje, że powód tak przed umową z pozwaną, jak i po umowie prowadził zakład dentystyczny, zatem świadczył w nim odpłatnie usługi dentystyczne każdemu, kto się po nie zgłosił,

c) że tej samodzielności gospodarczej w swej pracy zawodowej powód nie tracił wskutek umowy z pozwaną, że także po tej umowie dysponował dowolnie swą pracą i czasem pracy, że pozwana musiała mu płacić nie za pracę, bo praw do tej pracy nie nabyła, lecz za poszczególne zabiegi, zatem za wyniki pracy powoda, co odpowiada umowie o dzieło,

d) że skoro więc ani powód nie pozbył się swej pracy, ani pozwana nie zobowiązała się płacić za pracę, słusznie przyjęto przez sądy merytoryczne, że strony umowy pracy nie zawarły, słusznie też oddalono powództwo, oparte na przepisach ustaw o pracy,

e) że chybione są wywody powoda, jakoby instrukcje i okólniki Kasy Chorych, do których on musiał się zastosować, uzasadniały właśnie stosunek pracy.

Wobec powyższego Sąd Najwyższy kasację powoda oddalił.

Prok. St. Czerwiński.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ DYSCYPLINARNA LEKARZA NA TLE ORZECZENIA SĄDU NAJWYŻSZEGO Z DN. 7.IV.1938 (N/1457/37) ZA CZYNNOŚCI WCHODZĄCE W ZAKRES WYKONYWANIA PRAKTYKI LEKARSKIEJ.

Aczkolwiek lekarze przy wykonywaniu swego zawodu mogą dopuścić się uchybień, które powodują odpowiedzialność nie tylko materialną na zwykłych zasadach procesu cywilnego, lecz nawet karną, to jednak odpowiedzialność taka nie może być uzależniona wyłącznie od rezultatu stosowania przez lekarzy tej czy innej metody leczenia względnie wyników leczenia.

Ingerencja w tej mierze władzy dyscyplinarnej doprowadziłaby do sprawdzenia czynności, co do których lekarz jest niezależny (Orzecz. Sądu Najwyż. Urzęd. Zb. Orzecz. 343/36) i które to czynności nie mogą być utożsamiane z administracyjnymi funkcjami lekarza, jako np. dyrektora szpitala, mogącymi stanowić podstawę do ingerencji.

St. Czerwiński.

SPRAWOZDANIA.

Z PAŃSTWOWEJ NACZELNEJ RADY ZDROWIA.

W dniu 13.VI.1938 r. odbyło się w Ministerstwie Opieki społecznej pod przewodnictwem Ministra Kościałkowskiego doroczne plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z udziałem podsekretarza stanu, dr. Piestrzyńskiego, przedstawicieli poszczególnych ministerstw, wydziałów lekarskich uniwersytetów, Naczelnej Izby Lekarskiej, Związku Powiatów R. P., Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wyższych urzędników Min. Opieki Społecznej.

Na wstępie Minister Kościałkowski wezwał zebranych do uczczenia pamięci zmarłych członków Rady. Dziękując zebranym za przybycie, Min. Kościałkowski podkreślił m.in., że przywiązuje jak największą wagę do działalności istniejących przy Ministerstwie instytucji, reprezentujących społeczeństwo, co daje możność owocnej współpracy w realizowaniu zadań resortu opieki społecznej.

Po dokonaniu wyborów do poszczególnych sekcji Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia na najbliższe dwulecie, zabrał głos wiceminister dr. Piestrzyński, który złożył sprawozdanie ze stanu zdrowia publicznego w kraju w 1937 r.; omówił szereg aktualnych zagadnień zdrowotności publicznej i pracy państwowej służby zdrowia. Szczególnie wiele uwagi poświęcił wiceminister niedostatecznej liczbie i nieprawidłowemu rozmieszczeniu lekarzy w Polsce. Lekarzy praktykujących jest w Polsce około 12.600, czyli mniej więcej 3,7 na 10.000 mieszkańców, gdy powinno ich być około 25.000. Rozmieszczenie lekarzy jest nierównomierne, np. w 28 miastach, skupiających 13,5% ogółu ludności, wykonywa praktykę lekarską 61% ogólnej liczby lekarzy. Zmiana tego stanu rzeczy jest od dawna wysuwanym postulatem społeczeństwa i koniecznością państwową. Skierowany został do sejmu opracowany przez Ministerstwo Opieki Społecznej projekt noweli do ustawy o praktyce lekarskiej, który upoważnia Ministra Opieki Społecznej do zamknięcai w razie potrzeby list lekarzy w określonych okręgach, mając na uwadze przede wszystkim skierowanie młodych

lekarzy na tereny najbardziej potrzebujące opieki i pomocy lekarskiej, t.j. do małych miasteczek i wsi.

Następnie Wiceminister Piestrzyński wspomniał o powolnym, ale stałym postępie w dziedzinie rozbudowy szpitalnictwa. Np. instytucje ubezpieczeń społecznych wybudować mają w okresie dwóch lat 2000 nowych łóżek sanatoryjnych. Szczególnie ważnymi placówkami zdrowia są ośrodki zdrowia, które wykazują stały rozwój. Obecnie mamy ich w Polsce blisko 500, gdy w 1936 r. było ich zaledwie 9. Ośrodki te pracują od wielu lat przede wszystkim dla małych miasteczek i wsi.

W dyskusji szczególnie mocno podkreślono konieczność powiększenia liczby lekarzy, przede wszystkim drogą rozszerzenia i odpowiedniego wyposażenia wydziałów lekarskich, jak również podnoszono palącą potrzebę skierowania lekarzy na wieś.

Z kolei sprawozdanie z działalności sekcji Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia złożył dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, dr. Adamski, po czym Rada wysłuchała referatów na temat projektów: ustawy eugenicznej, ustawy o aptekach i noweli o pielęgniarstwie. Wszystkie projekty przesłano do odpowiednich komisji. Dłuższy referat na temat obsługi bakteriologicznej i epidemiologicznej Państwa wygłosił profesor dr. I. Hirszfeld z Państwowego Zakładu Higieny.

STOWARZYSZENIE ABSOLWENTÓW AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ W KRAKOWIE.

Dnia 17 grudnia 1938 r. odbyło się zebranie Sekcji Naukowej Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, Oddział Krakowski, na którym zademonstrowano następujące przypadki:

1) *Lek.-dent. kpt. Pyrka Manswet:* „Przypadek złamania żuchwy w ramieniu wstępującym i główki stawowej“,

2) *Lek.-dent. Spanauf Emil:* „Przypadek regulacji szczęki górnej i dolnej w późniejszym wieku“.

Dnia 2 1stycznia 1939 r. odbyło się zebranie naukowe, na którym lek.-dent. Dominik Kazimierz wygłosił referat pod tytułem: „Regulacja biologiczna Andresena - Haupla — norweska. Referat poprzedził krótki szkic lek.-dent. Baldingera Hermana, podający zasadnicze cechy ortopedii szczęk.

Referent kol. Dominik w swym referacie, objaśnianym przy pomocy obrazów, rzuconych na ekran epidiaskopem, przedstawił nowy system regulacji zużytkowania sił biologicznych dla regulacji szczęk. Podkreślił, że aczkolwiek metoda ta w założeniu prosta i nie wymagająca skomplikowanych aparatów, wymaga jednak od lekarzy:

1) wiele cierpliwości wobec długotrwającej regulacji,

2) bardzo sumiennego przygotowania i doświadczenia.

W dyskusji, która się wyłoniła po referacie, zabrało głos kilku kolegów, prosząc o wyjaśnienie referenta i uzupełniając wywody tegoż własnymi spostrzeżeniami.

Kierownik Sekcji Naukowej: *Emil Spanauf*

Prezes: *Kazimierz Dominik*

Z I WYSTAWY SZPITALNICTWA.

W dniu 10.IX.1938 została otwarta w Warszawie w gmachu budującego się Szpitala Wojskowego I Polska Wystawa Szpitalnictwa. Aktu przecięcia wstęgi dokonał w zastępstwie protektora Wystawy Pana Premiera gen. dr. Sławoja-Składkowskiego Wicemin. Opieki Społecznej dr. Piestrzyński.

Na otwarcie przybyli przedstawiciele duchowieństwa, dostojnicy wojskowi z gen. Litwinowiczem i gen. Rouppertem na czele, dyr. Państwowej Służby Zdrowia dr. Adamski, prezydent miasta Starzyński, przedstawiciele świata lekarskiego, Komisarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dr. Hubicki i inni.

Przemówienia inauguracyjne wygłosili: prezes Polskiego Tow. Szpitalnictwa dr. Orzechowski oraz prezes Zarządu Wystawy i jej organizator płk .dr. Miszewski.

Całość wystawy przedstawiała się nader interesująco.

Na parterze *w dziale naukowo-dydaktycznym* przedstawiono rozwój szpitalnictwa od przytułku do nowoczesnego szpitala oraz najważniejsze momenty w historii szpitalnictwa w Polsce.

Wielka mapa świetlna uzmysławiała stan obecny szpitalnictwa polskiego, szereg zaś innych eksponatów zobrazowało postęp w tej dziedzinie. Na specjalną uwagę zasługiwały eksponaty, przedstawiające stan walki z gruźlicą oraz opiekę nad umysłowo chorymi.

W *dziale budownictwa* przedstawiono plany i ankiety wzorowych szpitali istniejących i znajdujących się w budowie. Uwzględniono również *dział sanatoriów gruźliczych* oraz *dział zakładów psychiatrycznych.* Poza tym szereg firm przemysłowych zademonstrowało eksponaty z działu wyposażenia szpitali.

Na pierwszym piętrze umieszczono eksponaty Polskiego Powszechnego Tow. Farmaceutycznego, Komitetu Zielarskiego i in. organizacji, ilustrując znaczenie aptekarstwa dla obronności Państwa; pokazano tu apteki szpitalne oraz działalność Towarzystwa Przyjaciół Wydziałów Farmaceutycznych na Uniwersytetach polskich.

W *dziale przemysłowym* szereg wybitnych firm farmaceutycznych za-

demonstrowało artykuły z dziedziny chemiczno-farmaceutycznej, szczególności w zakresie polskiej produkcji syntetycznej.

W *dziale elektromedycyny i chirurgii* przedstawiono po raz pierwszy aparaty Roentgena, sporządzone całkowicie w kraju.

Na drugim piętrze Zakład Ubezpieczeń Społecznych zademonstrował rozwój szpitalnictwa społecznego, a szereg szpitali polskich wystawił fotomontaże i statystyki działalności szpitalnej.

Na trzecim piętrze mieściły się eksponaty *wojska:* organizacja wojskowej służby zdrowia, Instytut Chirurgii Urazowej przedstawił ratownictwo urazowe, tablice sprzętu urazowego oraz technikę leczenia urazów, ilustrowaną za pomocą diapozytywów i tablic. Dział *techniki i sterylizacji* zawierał modele autoklawów konstrukcji dra Sokołowskiego. Kierownictwo Zaopatrzenia Sanitarnego wystawiło różne rodzaje opatrunków oraz plansze statystyczne, demonstrowano tu łóżko wraz z aparaturą, stosowaną w gazolecznictwie. Na dziedzińcu rozmieszczono eksponaty Ratownictwa Sanitarnego, samolot sanitarny i spadochrony sanitarne. Czołówka samochodowa chirurgiczna ufundowana przez pracowników Państwowej Służby Zdrowia dla Armii, karetki Pogotwia Ratunkowego w Warszawie oraz kolumna kąpielowo - dezynfekcyjna P. C. K.

Wśród eksponatów, obchodzących świat lekarsko-dentystyczny, Handlowo-Przemysłowe T-wo Dentystyczne „Alro“ w Warszawie wystawiło nowoczesne urządzenie wszechświatowej marki Ritter, najnowszej konstrukcji aparat Roentgena dla celów lekarsko-dentystycznych, fotel, szafy do narzędzi (ostatni model), wiertarki elektryczne (ostatni model), szlifierki techniczno-dentystyczne, nowoczesnej konstrukcji reflektor połączony z systemem lamp do oświetlenia, następnie: wyroby krajowe marki „Dentalia“ — fotel najnowszej konstrukcji, spluwaczka łatwo poruszalna na kółkach, wiertarka, szlifierka, wulkanizator, tłocznia do koron, krzesełko do siedzenia podczas pracy, bardzo wygodne na kółkach i z oparciem tylnym i dla nóg, własne wyroby („Alro“): masa wyciskowa, gutaperka, woski, amalgamat srebra, wyroby przedstawicielstwa: zęby i porcelana do zębów ceramicznych marki „Vita“ i cementy do plombowania marki krajowej Boryszew. Wszystkie wymienione eksponaty zajmowały obszerne pomieszczenie, tworząc w połowie imponującą nowoczesną ordynację lekarsko-dentystyczną. Inny fragment obejmował m. in. fantomy zębów naturalnych z plombowanymi ubytkami na różnych powierzchniach amalgamatem srebra „Alro“, które dokładnie wykonane czyniły wrażenie wstawek lanych. Przez cały czas wystawy demonstrowano na oddziale „Alro“ aparaty i urządzenia, udzielając wszelkich informacji.

Wśród wyrobów fabryk chemiczno-farmaceutycznych widzieliśmy środki również dla celów lekarsko-dentystycznych również chlorek etylu wyrobu krajowego.

W dniu 8.X.1938 r. w sali Izby Przemysłowo-Handlowej odbyło się uroczyste wręczenie nagród dla uczestników wystawy. Oficjalne zamknięcie nastąpiło dnia 9.X.1938 r.

Prezes Polskiego Tow. Szpitalnictwa dr. Orzechowski stwierdził znaczenie, jakie dla całokształtu zagadnień szpitalnictwa w Polsce miała wystawa.

Prezes zarządu wystawy płk. dr. Miszewski scharakteryzował rolę przemysłu, dzięki poparciu którego udało się wystawę urządzić, zwrócił się z podziękowaniem do przedstawicieli przemysłu za zrozumienie olbrzymiego znaczenia propagandowego, jakie posiadają wystawy w ogóle, a wystawa szpitalnictwa, zorganizowana w okresie, kiedy cały świat się zbroi w szczególności.

Niewątpliwie w przyszłej wielkiej światowej wystawie w r. 1944 dział zdrowia, nie doceniany może dostatecznie w dawnych czasach, znajdzie swoje zasłużone miejsce.

Przedstawiciel wystawców podziękował Towarzystwu Szpitalnictwa i Zarządowi wystawy za inicjatywę powołania do życia wystawy i przyjazny stosunek podczas trwania.

Po przemówieniach przewodniczący wystawy wręczył dyplomy honorowe najwybitniejszym przedstawicielom organizacji i sferom przemysłowym oraz dyplomy na przyznane medale.

W naszej dziedzinie za udział w wystawie T-wo „Alro“ otrzymało list pochwalny.

K.

KRONIKA

Zmiana siedziby.

Urząd Zdrowia Woj. Warszawskiego został przeniesiony z dotychczasowej swojej siedziby przy Al. Ujazdowskich do nowego gmachu przy *ul. Filtrowej 57.*

Odznaczeni.

Krzyżem Komandorskim z gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski odznaczony został wiceminister dr. med. Eugeniusz Piestrzyński za wybitne zasługi w służbie państwowej i na polu pracy społecznej.

Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski odznaczeni zostali prof. zwyczajny Un. J. P. dr. med. Roman Nitsch i prof. honorowy

Akademii Stomatologicznej w Warszawie dr. med. Hilary Wilga za zasługi na polu pracy naukowej.

Złotym Krzyżem Zasługi po raz trzeci odznaczony został gen. brygady dr. med., szef Depart. Zdrowia Min. S. Wojsk. Stanisław Rouppert za zasługi w służbie państwowej i na polu pracy społecznej.

Złotym Krzyżem Zasługi odznaczony został naczelnik Wydziału Zdrowia Komisariatu Rządu m. st. Warszawy dr. med. Maksymilian Eberthardt za zasługi na polu pracy państwowej i społecznej.

Złotym Krzyżem Zasługi odznaczeni zostali za zasługi na polu pracy zawodowej i społecznej dr. Michał Szulc-Rembowski, lekarz-dentysta w Poznaniu, dr. Maurycy Haber, stomatolog w Krakowie, lekarz-dentysta Stanisław Strzemień-Stroynowski w Siemianowicach Woj. Śląskiego.

Srebrnym Krzyżem Zasługi odznaczeni zostali: kap. dr. i lekarz-dentysta Franciszek Borusiewicz w Warszawie (po raz drugi), lekarka-dentystka Wanda Marburżyna w Wilnie, lekarz-dentysta Maurycy German i lekarka-dentystka Hanna Żaczyńska w Warszawie za zasługi na polu pracy zawodowej i społecznej.

40-lecie Pogotowia Ratunkowego w Warszawie.

Dnia 23 lutego 1897 r. zawiązane zostało Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej (Pogotowie Ratunkowe) w Warszawie.

22 lipca 1897 r. na ulicach miasta po raz pierwszy ukazała się konna karetka Pogotowia Ratunkowego.

Od tych 2-ch pamiętnych dla Instytucji dat minęło lat 40.

40 lat nieprzerwanej, ciężkiej pracy w służbie i dla dobra społeczeństwa.

Pogotowie Ratunkowe od zarania swej działalności zyskało oddźwięk w sercach mieszkańców Warszawy i dziś po latach 40 stanęło na tym poziomie, że już nikt chyba nie wyobraża sobie życia normalnego w Warszawie bez Pogotowia Ratunkowego.

Znana też jest pomoc Pogotowia Ratunkowego w przypadkach, związanych z naszą specjalnością, jak silnych krwotokach poekstrakcyjnych zatruciach arszenikiem (połknięcia wkładek przy dewitalizacji miazgi), połknięcia dostawek i in., o czym wzmiankują sprawozdania z udzielanej pomocy.

Pracującej dla dobra społeczeństwa instytucji życzymy dalszego pomyślnego rozwoju.

50-lecie „Nowin Lekarskich".

„Nowiny Lekarskie", powszechnie zwane w świecie lekarskim całej Polski, posiadające w swym składzie redakcyjnym najpoważniejsze auto-

rytety lekarskie w kraju, święciło niedawno półwiecze swego istnienia. Założone pod egidą Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk (PTPN) w 1888 r., już od pierwszego numeru poświęca się krzewieniu wiedzy i etyki zawodowej w myśl wskazań testamentarnych swego duchowego ojca, niezapominanego Dr. Karola Marcinkowskiego, którego duchowy testament pismo postanawia wprowadzić w życie lekarskie Polski.

Jak każde pismo polskie, miały też „Nowiny Lekarskie" w pierwszym okresie swego istnienia aż do czasów uzyskania Niepodległości Państwa ciężką drogę do przebycia i ciężką walkę z trudnościami zarówno materialnymi jak i polityczno-społecznymi do zwalczania. Ze skutkiem acz z niebywałym trudem przezwyciężając pierwotną obojętność szerokich rzesz lekarskich b. zaboru pruskiego, „Nowiny Lekarskie" dążyły stale do skupienia w swym zasięgu nie tylko całej myśli i wiedzy lekarskiej polskiej tego zaboru, ale nieustannie dążą też do zadzierzgnięcia fachowych i ideowych więzów ze światem lekarskim Polski z pod pozostałych zaborów. Wytrwałej pracy swych kierowników pismu udaje się osiągnąć z czasem znaczny wpływ na bieg życia lekarskiego w Poznańskim i promieniować stąd polskością nie tylko na ziemi pomorsko-poznańskiej, ale stać się jednocześnie nieoficjalną ambasadą polskiej myśli lekarskiej w oczach zawodowej opinii zachodnio-europejskiej. Od czasu wskrzeszenia bytu Niepodległego Państwa Polskiego „Nowiny Lekarskie" stanęły w rzędzie najpoważniejszych europejskich pism fachowo-lekarskich, dzierżąc jednocześnie sztandar zasad etyczno-zawodowych i wywierając znaczny wpływ na wychowanie młodych pokoleń lekarskich. W ciągu 50-ciu lat istnienia pisma ster jego spoczywał kolejno w rękach następujących znakomitych przedstawicieli medycyny polskiej: Ignacego Zielewicza, Bolesława Wicherkiewicza, Heliodora Święcickiego, Franciszka Chłapowskiego, St. Łazarewicza, Karola Dziembowskiego, Antoniego Jurasza, sen. Pawła Gantkowskiego, Adama Wrzoska i Adama Karwowskiego, by w 1929 r. spocząć w rękach obecnego redaktora, Karola Jonschera.

Wielce zasłużonej placówce redakcja nasza składa serdeczne życzenia dalszej owocnej pracy dla nauki i medycyny polskiej.

Nowe rozporządzenie Min. Wyz. Rel. Ośw. P. w sprawie ograniczenia nostryfikacji dyplomów zagranicznych.

Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego wydał nowe rozporządzenie, regulujące sprawę nostryfikowania w Polsce dyplomów zagranicznych naukowych. O nostryfikacji decydować mają właściwe Rady Wydziałowe wyższych uczelni, zaś w tych przypadkach, gdy zagraniczny stopień naukowy nie ma odpowiednika w Polsce, decyduje Ministerstwo

W. R. i O. P. Zamykanie nostryfikacji na poszczególnych wydziałach w danym roku akademickim należeć będzie do Ministra W. R. iOśw. P. Decyzje w tej sprawie zapadać będą na wniosek Rad Wydziałowych uczelni. Rozporządzenie zwalnia od nostryfikacji dyplomy, uzyskane w okresie zaborczym, zaś dyplomy inżynierskie, uzyskane do dnia 1 listopada 1918 r.

Mianowanie w Polsce profesorem wyższej uczelni stanowić będzie równocześnie uznanie uzyskanych przez profesora za granicą stopni naukowych. Wreszcie, uregulowana została kwestia opłat, pobieranych od nostryfikantów. Wynosiś one będą: zł. 10 — tytułem opłaty manipulacyjnej, zł. 150 — za dopuszczenie do nostryfikacji i zł. 150 od każdej grupy egzaminów.

Nowe przepisy o nostryfikacji dyplomów zagranicznych.

Minister W. R. i O. P. wydał rozporządzenie w sprawie nostryfikacji zagranicznych dyplomów. Minister może po wysłuchaniu opinii lub na wniosek Rady Wydziałowej szkoły akademickiej ograniczyć w danej szkole lub na danym wydziale liczbę osób, dopuszczanych do nostryfikacji w danym roku akademickim. Minister może całkowicie zawiesić na rok nostryfikację. Nostryfikanci, których sprawy są w toku, podlegają dawnym przepisom.

I Szpitalne Ambulatorium Lekarsko-dentystyczne dla dzieci.

Pierwsze Ambulatorium Lekarsko-dentystyczne dla dzieci powstało przy Szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów w Warszawie przy ul. Śliskiej 51 (Sienna 60). Kompletne nowoczesne wyposażenie stanowi: fotel tłokowy pełnonarkozowy, wiertarka elektryczna, spluwaczka słupkowa z płytą marmurową, żelazna szafka do narzędzi, reflektor elektryczny, komplet kleszczy ekstrakcyjnych, narzędzia kliniczne, stolik i in.

Rodzina zmarłej w Warszawie kol. Kahanowiczowej w osobach doktorostwa Grinkraut i p. Kogana całkowity wymieniony inwentarz ordynacji dentystycznej oddała do dyspozycji kol. Szapiry, który wszedł w porozumienie z kierownictwem powyżej wymienionego szpitala w osobach naczelnej lekarki dr. Braude-Hellerowej i dyrektora p. Kroszczora. Wobec braku pomocy dentystycznej przy tymże szpitalu fundacja chętnie przyjęta została p. n. „Dar b. p. lekarki-dentystki Luby Kahanowiczowej".

Ambulatorium obliczone jest przede wszystkim na pracę profilaktyczną i leczniczą w stosunku do chorych dzieci szpitalnych, czynne jednak będzie również dla dzieci przychodzących.

Lekarką ordynującą w ambulatorium jest dr. Tola Mintzowa, specjalistka chorób zębów i jamy ustnej.

Haniebny szantaż złotymi zębami.

Jakichś już „kawałów" były przyczyną złote, „złotne" korony, koronki (nie dyskretne części pewnej garderoby), mosty, mostki lub mosteczki!!

Ta „postępowa" (w sensie nowoczesnym) część techniki dentystycznej (aczkolwiek ślady jej mamy już w starożytnych mumiach egipskich) ma na swoim sumieniu różne „nieczyste" sprawki: zamiast złota — mosiądz, złoto amerykańskie lub afrykańskie, wiegold, randor (namiastka warszawska nieśmiertelnego randolfu), sanor, abor, babor, cabor, dabor lub inne bory czy bole (nie bóle), konfiskata umrzykom zębów złotych przed wyprawą w lepszy świat, napady bandytów na „burżujskie" usta wyzłocone (nie żarty), zafantowanie u kelnerów restauracyjnych „złotych" aparatów zębowych za nieuregulowane nocne rachunki za skonsumowane luksusowe potrawy i napoje (okazało się: randolf), sprawy sądowe za „niezapłacone" dentystom zęby złote (prawdziwe), ekspropriacje przez wędrownych złodziejaszków ze szuflad naiwnych lekarek złotych aparatów, gorące pragnienie wtrynienia naiwnym praktykom tombakowych koron w ozłoconej szacie, lub spieniężenia „platynowych" skrawków z najróżnorodniejszych kombinacji obecnie wyrabianych „kompozycji" i t.d. i t.d. Są to widocznie „kawały" przeżytkowe.

Ukazują się nowe pomysły.

Oto pismo tutejsze „Moment" z dnia 20 czerwca 1938 opisuje nowy „mądry" szantaż.

Do pewnego tutejszego lekarza-dentysty zgłosił się pacjent z prośbą o wykonanie 3-ch koron złotych. Korony zostały nałożone i pacjent należność bez targów uiścił i odszedł.

Po upływie kilku dni, pacjent ten powrócił do dentysty z wielką pretensją, że korony nie są złote, lecz z taniego pospolitego amerykańskiego metalu.

Po obejrzeniu jamy ustnej, lek-dentysta ku wielkiemu swojemu przerażeniu, stwierdził słuszną pretensję pacjenta, gdyż rzeczywiście korony nie były złote.

Powstało przypuszczenie, iż technik, pracujący u l. dentysty, omylił się lub wręcz z premedytacją zmienił metal celem dokuczenia pracodawcy, wyrządzając mu krzywdę.

Pacjent żądał prócz zwrotu wpłaconej za korony sumy dodatkowych, jako kary zł. 300, grożąc w przeciwnym razie skierowaniem sprawy do prokuratora. Lek.-dentysta wobec aroganckiego zachowania się pacjenta powziął podejrzenie, że sprawa nie jest tak prosta, jak pacjent ją przedstawia i w celu rozejrzenia się polecił pacjentowi zgłosić się po należność za kilka dni.

I rzeczywiście w krótkim czasie lek.-dentysta dowiedział się, że po-

dobny wypadek miał już miejsce u kilku dentystów warszawskich, i że z podobnym pacjentem nie jeden już miał do czynienia i co najważniejsze, że dla świętego spokoju jako odczepne wypłacono oszustowi każdorazowo pewne kwoty pieniężne.

Tym razem oszustowi noga się podwinęła. Zajęła się nim policja.

Po krótkim wywiadzie i zbadaniu sprawy, został ten oszukańczy pacjent nazwiskiem Antoni Wnuk zaaresztowany i przyparty do muru wyznał całą prawdę i niezwykłą aferę z tą historią związaną.

Otóż Wnuk zeznał, iż zawarł z pewnym lek.-dentystą (nazwisko ze zrozumiałych powodów na razie nie ujawniono) spółkę, która polegała na tym, że zamawiał u różnych dentystów korony złote, a wspólnik jego rzekomy dentysta niezwłocznie korony złote zdejmował i wnet zamieniał je na inne z metalu nieszlachetnego.

Przede wszystkim wspólnicy osiągali zyski ze zdjętych złotych koron, a następnie dzielili się wymuszonymi od łatwowiernych praktyków kwotami zł.

Fama głosi, że afera ta przyniasła szantażystom pokaźną sumę, sięgającą zł. 20.000.

Zęby sztuczne w tramwajach.

Roztargnienie ludzkie, wiadomo, nie ma granic. Powoduje to często prawdziwe curiosa. Tramwaje to stwierdzają. Czego w tych się nie zapomina? Według Biura tramwajowego: torebki, parasolki, rękawiczki, teczki, walizki, berety, kapelusze, laski, kalosze, portmonetki, paczki, koszyki, butelki wódki, zapalniczki, klucze, wyroby monopolowe, biżuteria, zegarki, dewizki, kolczyki, bransoletki, pióra wieczne, pieniądze. Jeszcze co? Nikt chyba nie uwierzyłby. Według wykazu tegoż Biura znajdowano też... *zęby sztuczne i to bynajmniej nie nowe, nabywane w składach dentystycznych, a wyrobione w dostawkach, nawet z klamrami, noszone w ustach!* W jaki sposób to się staje, nie wiedzą chyba same roztargnione pacjentki, które, manipulując w ustach dostawkami (jak to się zdarza u osób nerwowych), gubią je lub zostawiają na ławeczce swoje... ozdoby piękności.

„Solidne“ lekarki-dentystki i ich „odpowiednie“ mezaliansy techniczno-dentystyczne.

Pozostawiając szczegółowe omówienie powyższej sprawy, ważnej w historii naszego zawodu, do jednego z następnych nrów naszego pisma podajemy tu ciekawy fakt, świadczący, jak niektóre niewiasty „garną się“ do techników, mając pewne „widoki“ na nieróbstwo, co wobec ich niedołęstwa ma swoje „uzasadnienie“.

Są mezalianciarze - spryciarze, jak świadczy następujące „zdarzenie“, opisane w piśmie „Unser Express z dnia 3 lipca 1938 r.

„Jak technik dentystyczny oszukał lekarki-dentystki dla celów matrymonialnych“.

„Spryciarz — pan młody wyłudzał wiele tysięcy złotych. Obecnie siedzi w więzieniu“.

„W pismach niedawno ukazało się ogłoszenie, iż „technik dentystyczny poszukuje dentystki dla celów matrymonialnych“.

Widocznie, kandydatek nie brakowało, gdyż amant ten Hubert Melcer z Nowego Sącza otrzymał od kilkudziesięciu dentystek oferty do wyboru.

Nie byłoby nic nadzwyczajnego, gdyby Melcer, wertując oferty, wybrał jedną, oświadczyłby się jej w miłości, otrzymał posag i ożenił się. Wolał jednak wybrać *kilka* kandydatek i od każdej wziął pewną sumę pod pretekstem urządzenia gabinetu dentystycznego. U dentystki Futerman wyłudził aż 9.000 zł.“.

Kontrola dyplomów lekarskich.

Z uwagi na ujawnienie w ostatnich czasach kilku przypadków samozwańczego prowadzenia praktyki lekarskiej przez osoby, nie posiadające dyplomów naukowych, co uprawiane nawet było po 10—15 lat, podjęta będzie nowa kontrola przy współudziale Izb Lekarskich.

Zarobki znachorów.

Znachor Ast w Czechosłowacji wykazuje roczny dochód od 1.200.000 koron, Bucholz (rozpoznający chorobę na podstawie badania włosów) zarabia dziennie 4000 koron, Zeileis zarabiał dziennie 10.000 — 12.000 zł. Widocznie długie studia uniwersyteckie stanowią tylko przeszkodę w zdobywaniu zarobków, a przysłowie „dat Galenus opes“ straciło zupełnie na aktualności (Med. Wsp. 2. 38.).

OD WYDAWNICTWA.

Prosimy o uregulowanie należności za czas ubiegły: r. 1937 i 1938 za pośrednictwem P. K. O. czekiem za nr. 11.361, dołączonym do każdego zeszytu lub bezpośrednio w administracji.

Pisma „za pobraniem“ wysyłać nie możemy, bowiem podnosi to koszt przesyłki, obciążający prenumeratora.

Posyłanie inkasenta ponosi wydatek zbyteczny, obciążający prenumeratora.

Postaramy się podać fakty charakterystyczne, ilustrujące sprawę regulowania prenumeraty, podając nazwizka tych „popierających“ pismo zawodowe.

„KRONIKA DENTYSTYCZNA"

jako dwumiesięcznik podaje warunki umieszczania prac wszelkiej treści.

Rękopisy winny być pisane wyraźnie, możliwie na maszynie, po jednej stronie półarkusza z pozostawieniem marginesu.

Prace winny być w miarę możności należycie opracowane z uwzględnieniem polskiego mianownictwa dentystycznego.

Rękopisów redakcja nie zwraca.

Koszt klisz i rysunków ponosi autor; klisze, rentgenogramy, fotografie i rysunki zwracane są autorom na ich żądanie.

Przedruki prac mogą być dokonywane niezależnie od aprobaty autora pracy z zezwolenia redakcji.

Redakcji przysługuje prawo poczynienia skrótów oraz niezbędnych poprawek, nie zmieniając treści pracy.

Koszt odbitek zależnie od rozmiaru i ilości — do porozumienia.

Nie należy w rękopisie poczynić żadnych podkreśleń, ani nazwisk, ani tytułów prac.

Wykaz piśmiennictwa winien być podany na końcu pracy (każdy autor oddzielnie wg. n-ru porządkowego).

Autorzy prac oryginalnych proszeni są o nadsyłanie krótkich streszczeń w języku francuskim, niemieckim, angielskim względnie polskim.

Każda praca winna być podpisana wyraźnie przez autora z podaniem dokładnego adresu.

Listy do redakcji oraz prace treści społeczno-zawodowej mogą być drukowane z podaniem obranego przez autora pseudonimu, właściwe jednak nazwisko i adres tegoż muszą być zakomunikowane redakcji.

Pismo wysyłane jest tylko na wyraźne piśmienne zamówienie.

Należność za każdy zeszyt regulowana jest po otrzymaniu tegoż; prenumeratorzy regulują przekazem P. K. O. — nr. 11,361, bezpośrednio w administracji ew. należność od nich regulowana jest przez inkasenta, za inkaso (zł. 3) liczone jest gr. 25 (jednokrotne zgłoszenie).

Wysyłanie upomnień o zaległości prenumeraty obciąża prenumeratorów.

Nie życzący sobie dalszego prenumerowania pisma zechcą o tym zawczasu zawiadomić administrację.

Prenumeratorzy proszeni są o nie wypożyczanie zeszytów, bowiem dzieje się to z krzywdą dla pisma, zaś „bezpłatni" czytelnicy niewłaściwie korzystają z wydatków kolegów.